



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA CURSO
DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

LUANA CHRISTINA SOUZA DA SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE
GÊNERO CONTRA AS MULHERES**

RIO DE JANEIRO

2025

LUANA CHRISTINA SOUZA DA SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE
GÊNERO CONTRA AS MULHERES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz

RIO DE JANEIRO

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

S586r Silva, Luana Christina Souza da
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE
GÊNERO CONTRA AS MULHERES / Luana Christina Souza
da Silva. -- Rio de Janeiro, 2025.
178 f.

Orientadora: Ana Beatriz Azevedo Queiroz.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. Violência de Gênero contra as mulheres . 2.
Representação Social. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Técnica de Associação Livre de Palavras . 5.
Iramutec. I. Queiroz, Ana Beatriz Azevedo , orient.
II. Título.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutora.

Aprovado em:

Profa. Dra. **Ana Beatriz Azevedo Queiroz** –Presidente
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ-RJ

Profa. Dra. **María Sagrario Gómez Cantarino**- 1ª Examinadora
Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Campus Toledo.
Universidad de Castilla- La Mancha/Espanha

Profa. Dra. **Lucia Helena Garcia Penna** – 2ª Examinadora
Doutora em Ciência da Saúde
Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ-RJ

Profa. Dra. **Selma Villas Boas Teixeira** – 3ª Examinadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO-RJ

Profa. Dra. **Juliana da Fonsêca Bezerra** – 4ª Examinadora
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ-RJ

Profa. Dra. **Andreza Pereira Rodrigues** - Suplente
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ-RJ

Profa. Dra. **Inez Silva de Almeida**- Suplente
Doutora em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro /UERJ-RJ

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a todas as mulheres vítimas de violência que vivenciam diariamente situações de vulnerabilidade, desconhecendo muitas vezes seus direitos como cidadãs; também as mulheres que tive o prazer de trocar conhecimentos e reflexões para o desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus pelo dom da minha vida e por estar comigo nesse longo processo. Graças a Ele eu consegui recomeçar tantas vezes e acreditar que era possível;

À minha família, por serem minha base, meu amparo e minha motivação diária. Em especial as minhas filhas Lolla (filha de 4 patas), que esteve comigo durante toda essa jornada sendo minha fiel companheira nas longas horas de estudo e minha filha Helena, que está sendo gerada durante o doutoramento. Ela está sendo a luz e força que eu precisava para continuar lutando tão bravamente pela minha profissão e por esta pesquisa.

Ao meu companheiro de vida, amigo e esposo Diego Matias que está comigo desde sempre e para sempre, minha base e meu suporte para tudo. Muito obrigada!

Aos meus pais Geraldo Barbosa e Vera Lúcia e a minha irmã Cristiane Barbosa que são minhas estrelas e me iluminam do céu. Mesmo ausentes fisicamente, sua força, seu amor e seus ensinamentos permanecem comigo em cada passo desta caminhada. Obrigada por me guiarem, por serem meu porto seguro e me inspirarem a nunca desistir. Esse sonho realizado também é de vocês. Com eterna gratidão e saudade.

Ao meu irmão Márcio Alexandre, por estar sempre ao meu lado, oferecendo apoio, incentivo e presença em todos os momentos dessa trajetória. Obrigada por acreditar em mim, por me fortalecer nos desafios e por comemorar comigo cada conquista.

À minha orientadora Ana Beatriz Azevedo Queiroz, pela oportunidade de me orientar e realizar esse sonho com todos os ensinamentos. Ela me deu suporte em todos os momentos, foi paciente e soube me dizer palavras de apoio quando eu mais precisei. Obrigada por tudo Bia.

À minha banca que me acompanha desde a defesa do projeto, pela leitura atenta e pelas contribuições generosas que enriqueceram este trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva dos Grupos Humanos, pela partilha generosa de saberes e pelas trocas que ampliaram minha visão nas reuniões, apresentação de trabalhos acadêmicos, eventos científicos e até nas confraternizações.

À minha amiga Aline Furtado a qual foi minha parceira desde o processo seletivo, naquele momento iniciamos uma grande trajetória juntas. Ela que esteve ao meu lado durante o desenvolvimento desta tese me dando apoio e palavras de incentivo para chegar até aqui. Mesmo após concluir sua tese continuou caminhando ao meu lado até o final. Serei eternamente grata por tudo o que você fez por mim, Aline!

À minha amiga Natália Moreira, que transformou o intervalo das aulas em verdadeiros momentos terapêuticos, seja pelas conversas leves, pelas risadas ou pelas makes que traziam cor aos dias mais cansativos. Agradeço também por dividir os assuntos da maternidade e por sempre me lembrar da importância de cuidar de nós mesmas enquanto buscamos nossos sonhos.

A Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, desde o Srº Modesto da portaria que sempre me recebeu com sorriso no rosto no portão da escola até a diretora e excelentíssimo reitor por me acolher com respeito e por ser espaço de aprendizado, crescimento e inspiração.

A Coordenadoria de Atenção Primária – CAP 4.0, por permitir que eu desenvolvesse minha pesquisa.

RESUMO

SILVA, Luana Christina Souza. **Representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde acerca da violência de gênero contra as mulheres.** Rio de Janeiro, 2025. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Introdução: Objeto do estudo foi as representações sociais de enfermeiras e médicas quanto a violência de gênero contra as mulheres e as implicações no cuidado a essas mulheres no contexto da atenção primária à saúde. **Objetivos:** Identificar os conteúdos e sentidos que estruturam e organizam as representações sociais acerca da violência de gênero contra as mulheres pelas enfermeiras e médicas que atuam na Atenção Primária à Saúde; Caracterizar as estratégias utilizadas pelas enfermeiras e médicas à mulher que vivência as situações de violência de gênero; Discutir implicações dessas representações sociais no cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde a mulher que vive a situação de violência de gênero; Propor estratégias a partir das representações sociais das enfermeiras e médicas, que contribuam para o cuidado da assistência da mulher que vivência essa violência de gênero. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório fundamentado na teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, adotando as abordagens estrutural e processual. Participaram 100 profissionais, 50 enfermeiras e 50 médicas, atuantes em clínicas da família da área programática 4.0 do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário socioeconômico e demográfico, Teste de Associação Livre de Palavras e entrevistas semiestruturadas. Dados do questionário foram analisados por frequência simples no Excel, enquanto os do teste e das entrevistas foram tratados pela análise de matrizes e classificação hierárquica descendente, pelo Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires/IRAMUTEq. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis e da Secretaria Municipal de Saúde, sob parecer nº 6.142.502. **Resultados:** Predominam profissionais entre 25 a 34 anos, raça/cor branca, católicas, casada com filhos, pós-graduadas, com enfermeiras com carga horária de 40 h/semanal e as médicas entre 20 ou 40 h. Na abordagem estrutural emergiu como núcleo central machismo, preconceito e justiça. No grupo das enfermeiras, emergiu uma dimensão afetiva e avaliativa positiva em relação ao trabalho, considerado gratificante, embora reconhecido como cansativo e estressante. A compreensão da violência contra a mulher foi associada a vivências familiares, e a assistência influenciada por experiências pessoais. Entre as médicas, também se identificou avaliação positiva do trabalho. A violência de gênero foi ancorada na violência doméstica por parceiro íntimo, e a assistência oferecida foi considerada adequada, apesar de dificuldades, sendo pautada em estratégias construídas a partir de suas vivências. A triangulação dos métodos permitiu identificar os campos representacionais de cada grupo, evidenciando suas formas de compreender e agir diante do fenômeno. Com base nos resultados, foi elaborado um card educativo interativo para apoiar a atuação dos profissionais. **Considerações finais:** Defende-se, portanto, a tese de que a violência contra as mulheres, não é linear nem mesmo homogênea e faz parte do cotidiano das enfermeiras e médicas. Lidar com a essa situação de violência requer estratégias integradas, formação contínua, fortalecimento da rede de apoio, políticas públicas e ações que combatam as raízes estruturais das desigualdades de gênero.

Descritores: Enfermeiras; Médicas; Atenção Primária à Saúde; Violência de Gênero; Representação Social.

ABSTRACT

SILVA, Luana Christina Souza. **Social representations of primary healthcare nurses and physicians regarding gender-based violence against women.** Rio de Janeiro, 2025. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Introduction: The object of the study was the social representations of nurses and physicians regarding gender-based violence against women and its implications for the care of these women in the context of Primary Health Care. **Objectives:** To identify the contents and meanings that structure and organize the social representations about gender-based violence against women among nurses and physicians working in Primary Health Care; To characterize the strategies used by nurses and physicians in caring for women experiencing situations of gender-based violence; To discuss the implications of these social representations for care in the context of Primary Health Care for women experiencing gender-based violence; To propose strategies based on the social representations of nurses and physicians that contribute to improving care for women experiencing such violence. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory study grounded in the Theory of Social Representations by Serge Moscovici, adopting both structural and processual approaches. A total of 100 professionals participated, including 50 nurses and 50 physicians working in Family Health Clinics in programmatic area 4.0 of the municipality of Rio de Janeiro. Data collection was conducted through a socioeconomic and demographic questionnaire, the Free Word Association Test, and semi-structured interviews. Questionnaire data were analyzed using simple frequency in Excel, while data from the test and interviews were processed through matrix analysis and descending hierarchical classification using the Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEq). The research was approved by the Ethics Committee of the Anna Nery School of Nursing, the São Francisco de Assis Health Care Institute, and the Municipal Health Secretariat, under opinion no. 6.142.502. **Results:** The majority of participants were between 25 and 34 years old, self-identified as white, Catholic, married with children, and held postgraduate degrees. Nurses predominantly worked 40 hours per week, while physicians worked either 20 or 40 hours. In the structural approach, machismo, prejudice, and justice emerged as the central core. Among nurses, an affective and evaluative positive dimension regarding their work emerged, considered rewarding, although also recognized as exhausting and stressful. The understanding of violence against women was associated with family experiences, and care was influenced by personal experiences. Among physicians, a positive evaluation of their work was also identified. Gender-based violence was anchored in intimate partner domestic violence, and the care provided was considered adequate despite difficulties, being guided by strategies built from their experiences. The triangulation of methods allowed the identification of representational fields for each group, highlighting their ways of understanding and acting in relation to the phenomenon. Based on the results, an interactive educational card was developed to support professional practice. **Final considerations:** It is therefore argued that violence against women is neither linear nor homogeneous and is part of the daily lives of nurses and physicians. Addressing this situation requires integrated strategies, continuous training, strengthening of support networks, public policies, and actions aimed at combating the structural roots of gender inequalities.

Descriptors: Nurses; Doctors; Primary Health Care; Gender Violence; Social Representation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos. Rio de Janeiro, Brasil, 2025. PRISMA	37
Figura 2 - Fluxograma da Captação e quantitativo das enfermeiras e médicas participantes da pesquisa. Rio de Janeiro- RJ, Brasil. 2024	54
Figura 3 - Mapa do território da AP 4.0.Rio de Janeiro- RJ, Brasil. 2025	56
Figura 4 - Árvore máxima de similitude pelo termo indutor “Violência de gênero contra as mulheres”. Rio de Janeiro- RJ, Brasil. 2024.	79
Figura 5 – Dendograma do grupo 1 Enfermeiras	88
Figura 6 – Dendograma do grupo 2 Médicas	110
Figura 7 - Campo Representacional sobre a VGCM elaborado pelas enfermeiras da APS..	132
Figura 8 – Campo representacional sobre VGCM elaborado pelas médicas da APS.	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia PICO.....	31
Quadro 2 – Descritores no DeCS/ MeSH.....	32
Quadro 3 – Estratégias de busca e número de manuscritos obtidos nas bases de dados após filtro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.	34
Quadro 4 - Publicações selecionados (P) nas bases de dados BVS, LILACS, MEDLINE, BDENF, SCIELO, CINAHAL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, PUBMED. Rio de Janeiro, 2025.	38
Quadro 5 – Descrição das variáveis e códigos para elaboração da linha de comando.	63
Quadro 6 - Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizadas pelas enfermeiras e médicas ao termo indutor “Violência de gênero contra as mulheres”. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.2024.	77
Quadro 7 - Descrição do corpus pelo Software IRAMUTEQ.	87
Quadro 8 - Distribuição das classes, temas e subtemas das representações sociais das enfermeiras frente a violência de gênero contra as mulheres, do Grupo 1. Rio de Janeiro-RJ, Brasil 2025.....	89
Quadro 9 - BLOCO 1 - O Sentido do Trabalho na ESF pelas enfermeiras da APS (Classe 7)	90
Quadro 10 - Classe 6: A violência de gênero contra as mulheres explicada no contexto familiar	94
Quadro 11 - Classe 5: “Definindo e Tipificando a violência de gênero contra a mulher”	95
Quadro 12 - Classe 4: “Abordagem no processo e identificação da violência de gênero contra as mulheres no atendimento”.....	96
Quadro 13 - Classe 1: “A influência no atendimento de quem vivenciou a violência de gênero contra as mulheres”	101
Quadro 14 - Classe 2: “Assistência prestada na ESF às mulheres que vivenciam as violências de gênero: acolhimento e rede de apoio”.....	104
Quadro 15 - Classe 3: “Limites e barreiras na assistência às mulheres frente a violência de gênero contra as mulheres”.....	106
Quadro 16 - Distribuição das classes, temas e subtemas das representações sociais das médicas frente a violência de gênero contra as mulheres, do Grupo 2. Rio de Janeiro-RJ, Brasil 2025.	111
Quadro 17 - Classe 7 - “Realização de trabalhar na ESF”	112

Quadro 18 - Classe 3- A situação de violência de gênero contra às mulheres: a reprodução no ambiente doméstico.	115
Quadro 19 - Classe 2- Grupos de mulheres susceptíveis a situação de violência de gênero e a tipificação das violências.....	116
Quadro 20 - Classe 6: A vivência da violência de gênero contra as mulheres pelo profissional: a influência no seu atendimento	121
Quadro 21 - Classe 1: A qualidade da assistência prestada frente a situações de violência de gênero contra as mulheres.	122
Quadro 22 - Classe 5: O interesse pela temática: A diferença entre os gêneros.....	124
Quadro 23 - Classe 4 - Estratégias para abordar o tema da violência de gênero contra a mulher nos atendimentos médicos.....	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do Grupo 1 (Enfermeiras) e Grupo 2 (Médicas) segundo características socioeconômicas e demográficas. Rio de Janeiro-RJ/2024.....	66
Tabela 2 - Distribuição do Grupo 1 (Enfermeiras) e Grupo 2 (Médicas) segundo os dados acadêmicos e profissionais. Rio de Janeiro-RJ/2024.....	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
APPMS	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
BDENF	Base de Dados Bibliográficas especializada na área de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPSSRGH	Grupo de Pesquisa Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva dos Grupos Humanos
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
ILPI	Instituição de Longa Permanência
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LERASS	Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales
LILAC'S	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NUPESM	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional Atenção Integral a Saúde da Mulher
RS	Representações Sociais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
ST	Segmento de Texto

SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VGCM	Violência de Gênero Contra Mulher

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1 Introdução à temática	18
1.2 Aproximação com a temática de estudo: delineando o problema de pesquisa.....	22
1.3 A violência de gênero como objeto de representação social.....	27
1.4 Objeto do Estudo	28
1.5 Questões Norteadoras	28
1.6 Objetivo Geral	29
1.6.1 Objetivos Específicos	29
1.7 Relevância e Justificativa do estudo.....	29
1.8 Contribuições do estudo	43
CAPÍTULO 2 - BASES CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS	45
2.1 A violência de gênero contra as mulheres as demandas no campo da saúde sexual e reprodutiva.....	45
2.2 Políticas públicas acerca da violência de gênero contra as mulheres	47
CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	50
3.1 A Teoria das Representações Sociais e sua aplicabilidade no estudo	50
CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1 Tipo de estudo	52
4.2 Participantes do Estudo	53
4.3 Campo da Pesquisa.....	55
4.4 Técnicas de coleta de dados e procedimentos na etapa de coleta dados	57
4.5 Análise dos dados	59
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	66
CAPÍTULO 6 - ABORDAGEM ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	76
6.1 Estrutura e organização das representações sociais da violência de gênero contra as mulheres construída pelas enfermeiras e médicas	76
6.2 Analisando os conteúdos que estruturam as representações sociais das enfermeiras e médicas acerca da violência de gênero contra as mulheres	80
CAPÍTULO 7 - SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES PELAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS	87
7.1 Resultados dos dados dos grupos de discussão com auxílio do software IRAMUTEq® - A Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	87
CAPÍTULO 8 - TEORIA LEIGA SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VGCM POR ENFERMEIRAS E MÉDICAS.....	130
8.1 Campo representacional sobre a VGCM elaborado pelas enfermeiras da APS.....	131

8.2 Campo representacional sobre a VGCM elaborado pelas médicas da APS	133
CAPÍTULO 9 - DOS CAMPOS REPRESENTACIONAIS DA VGCM A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DO CARD INTERATIVO SOBRE A TEMÁTICA	135
CAPÍTULO 10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
APÊNDICE B - TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVAS (TALP).....	167
APÊNDICE C– PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO	168
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	169
APÊNDICE E- CARTA DE APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL	171
APÊNDICE F - CARTA DE APRESENTAÇÃO E ANUÊNCIA	173
APÊNDICE G - ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA.....	174
APÊNDICE H- RELAÇÃO DOS INTEGRANTES DO PROJETO DA PESQUISA	175
APÊNDICE I- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	176
APÊNDICE J - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ.....	177
APÊNDICE K - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	178
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	179

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Introdução à temática

A presente pesquisa tem como objeto de estudo as representações sociais de enfermeiras e médicas quanto a violência de gênero contra as mulheres e as implicações no cuidado a essas mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Para esta investigação utilizaremos o conceito de violência de gênero, formulado na Convenção de Belém do Pará, que o caracteriza como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual, psicológico ou patrimonial da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus-tratos, agressão sexual e incesto (OEA, 1994).

Vale destacar também que a violência de gênero contra as mulheres é considerada um problema de saúde pública, e a violação dos direitos humanos, permeada de maneira física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (OMS, 2013). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), nos países do continente americano, por exemplo, as estatísticas mostram que uma em cada três mulheres vivenciam a violência de gênero. (Araújo, 2008).

A violência de gênero contra as mulheres um fenômeno complexo, multifacetado, que tem suas bases no machismo, nas desigualdades de gênero, numa sociedade patriarcal com profundas iniquidades sociais, raciais e de gênero com sérias consequências para a vida das mulheres (Borges; Lopes, Nascimento 2024).

Houve nos últimos anos, uma melhoria significativa na coleta de dados quantitativos com relação a situação da violência de gênero, assim como na sua utilização pelo Estado brasileiro para pensar políticas públicas, no entanto ainda é uma realidade presente e constante em nosso país (Araújo, 2008). Na evolução histórica do fenômeno da violência contra mulher é difícil de ser explicitada de maneira completa e estatisticamente confiável, devido à falta de notificações, o difícil reconhecimento de que determinadas atitudes são características da violência de gênero e muitas vezes, a naturalização desse fenômeno em alguns contextos sociais. Contudo, é possível produzir diagnósticos inquietantes que nos apontam a violência de gênero como um grave problema social, jurídico e de saúde que precisa cada vez mais de análises apuradas e de estratégias visando minimizar essa situação.

Segundo estudos D'Oliveira et al. (2009), as mulheres em situação de violência recorrem aos serviços públicos de saúde com diferentes necessidades de saúde, não sendo reconhecida a vivência da violência. Suas principais queixas referem-se a distúrbios e patologias físicas e mentais, e quando utilizam os serviços de atenção primária o fazem em decorrência de

sofrimentos pouco específicos, referentes a doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais.

Contraditoriamente, essas mulheres recorrem com menos intensidade aos serviços de ações preventivas.

Semelhantemente, Porto (2006) afirma que as mulheres que vivenciam a situação de violência procuram mais os serviços de saúde, entretanto, apesar de frequente, a busca pelos serviços da Atenção Primária à Saúde ainda é pouco resolutiva, pois os profissionais de saúde têm dificuldades em identificar e/ou registrar a violência. Muitas vezes, os atendimentos focam apenas na esfera corporal e patológica como parte da rotina do atendimento, realizando encaminhamentos automáticos e não efetivos, o que demonstra a falta de habilidade e competência para lidar com a situação de violência de gênero.

O reconhecimento de um problema ou de necessidade é o passo que precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então será um processo inadequado. As mulheres podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um usuário ou da população. (Starfield, 2002)

É possível perceber diante desses estudos que diversas situações de violência de gênero deságuam nos serviços de saúde, que se constitui em um dos principais cenários onde se concentram os agravos contra a saúde da mulher (OMS, 2002).

Com isso a atenção primária é um dos pontos da rede que servem como porta de entrada para acolher essas mulheres.

O livro da Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, escrito por Starfield (2002) define a Atenção Primária como um nível de sistema de serviço de saúde que oferece a entrada do usuário no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Vale ressaltar que a APS tem atributos essenciais como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. E cada um deles contribui de forma decisiva para identificar, acolher e acompanhar a mulher em situação de violência. Através do acesso a mulher a mulher tem o primeiro contato com a APS permitindo um acolhimento rápido, o que facilita a identificação precoce de sinais e sintomas relacionados a violência, com a longitudinalidade estabelece um vínculo contínuo com os profissionais favorecendo a confiança. Através da integralidade a mulher consegue acesso a oferta de serviços para as

necessidades amplas e interdisciplinares e com a coordenação do cuidado envolve articulação da APS com outros níveis e setores.

A violência contra as mulheres é designada por diversas formas desde a década de 50: como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher; nos anos 80, é denominada como violência doméstica e, na década de 90 os estudos passam a entender como violência de gênero as relações nas quais a mulher, em qualquer faixa etária, é submetida e subjugada, compreendendo esta como relações de poder (Brasil, 2011).

Para se compreender e abordar a temática da violência de gênero faz-se necessária a contextualização das características de gênero, que determinam e atuam diretamente sobre esse fenômeno. Neste estudo, partiremos do princípio de que a violência de gênero é fruto dos contextos das desigualdades de gênero.

A categoria gênero, muitas vezes, é confundida com a ideia de sexo, quando em realidade surgiu exatamente para destacar essa distinção, pois sexo indica uma diferença anatômica inscrita no corpo e gênero significa uma construção social, material e simbólica (Gomes, 2018).

O gênero é a organização social da diferença sexual percebida. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas e naturais entre homens e mulheres, mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. (Scott, 1994). Uma vez que gênero é um saber e, entendendo que saber e poder nunca estão dissociados, gênero tem um sentido eminentemente político. Nesse ponto, chegamos a duas afirmações de Scott (1994): gênero é construído sobre a base da percepção da diferença sexual e o é uma forma primária de dar sentido às relações de poder.

Ao se optar pela terminologia "violência de gênero", vê-se que as ações violentas são produzidas em contextos e espaços sociais relacionais, quer sejam interpessoais, quer sejam da ordem impessoal. Isto é, essa violência não se refere a atitudes de fazer sofrer ou aniquilar o outro que seja alguém considerado igual ou que é visto nas mesmas condições de existência e valor que o (s) seu (s) perpetrador (es). A centralidade das ações violentas (físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais) incide sobre a alteridade do feminino na esfera doméstica familiar, na esfera pública e na esfera dos conflitos internacionais (Almeida, 2014).

Os costumes, a educação e os meios de comunicação fomentam e preservam estereótipos de gênero que reforçam a ideia de que o sexo masculino tem o poder de controle sobre os desejos, sobre a liberdade de ir e vir e as opiniões das mulheres, independentemente de sua faixa etária (Teles e Melo, 2004).

No entanto, mesmo com a inserção das mulheres no mercado de trabalho e muitas conquistas femininas, essas desigualdades entre os gêneros continuam ocorrendo. As mulheres permanecem numa posição de inferioridade em relação aos homens, fato este que ainda é comum nos dias atuais quando se verifica que mulheres numa mesma posição no mercado de trabalho continuam a receber remuneração bem menor que a dos homens numa mesma função.

Segundo Saffioti (2001), a violência de gênero pode ser entendida como uma relação marcada pela desigualdade de poder baseada em uma lógica machista, sendo assim, deve ser entendida como um problema social, histórico e cultural, presente na humanidade desde seus primórdios.

Na perspectiva de gênero para compreender a violência contra as mulheres resultou de um longo processo de discussão, em que foi fundamental a participação do movimento feminista. Neste contexto, trabalhar com a categoria gênero significa assumir que a violência decorre de relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres numa sociedade. (Biglia, 2007).

Na tentativa de minimizar os atos de violência sofridos pelas mulheres, foi criada a Lei 11.340, ou Lei Maria da Penha¹, que entrou em vigor no dia 22 de setembro de 2006. Tal lei vislumbra a adoção de diversas medidas protetivas à mulher que vivencia a situação de violência de gênero, tais como o encaminhamento a serviços de saúde específicos e assistência judiciária gratuita. Ao autor da violência (que, conforme a lei pode ser um homem ou outra mulher) é mencionada a criação de mecanismos de responsabilização e educação, possibilitando ao juiz determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação (Brasil, 2006).

Em um ano marcado por medidas de isolamento social em decorrência da Covid-19, mensurar esses tipos de violência se tornou ainda mais complexo e relevante. O Dossiê da mulher 2020 (ISP2021), apresenta que os registros de violência doméstica, por exemplo, aumentaram em vários países, por fatores como convivência forçada, insegurança econômica e medo de contrair o vírus. No Brasil, foram registradas 105.821 denúncias de violência contra as mulheres em 2020, por meio das plataformas do Ligue 180² e disque 100³. Essas plataformas são canais que registram as informações de denúncia de mulheres vítimas de violência.

¹ Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências

O aumento dos casos de violência contra as mulheres, no momento da pandemia do Covid - 19, ajudou a pensar na efetividade e nos investimentos que as sociedades vêm fazendo para enfrentar esse grave problema social. No Brasil, as políticas públicas nessa área são recentes e incipientes, iniciaram de forma mais estruturadas e orientadas por uma agenda de defesa dos direitos das mulheres no início dos anos 2000 (especificamente em 2003), com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres. Desde então, o eixo norteador da efetivação das políticas tem sido a conformação das redes de enfrentamento à violência de gênero, ação que põem em diálogo e trabalho diferentes serviços e equipamentos que atendem mulheres em situação de violência (Bevilacqua, 2020).

Os números continuam alarmantes, através do Dossiê da mulher 2024 (ISP2025) é possível perceber que do ano de 2019 a 2022 foram notificados 167.020 casos de violência contra mulher somando todas as formas de violência.

Diante do exposto, é possível perceber a complexidade da temática do estudo, bem como a exigência de um olhar atencioso sobre as representações sociais das enfermeiras e médicas frente violência de gênero contra as mulheres no contexto da atenção primária à saúde.

Diante do exposto, é possível perceber a complexidade da temática do estudo, bem como a exigência de um olhar atencioso sobre as representações sociais das enfermeiras e médicas frente violência de gênero contra as mulheres no contexto da atenção primária à saúde. O pressuposto desta tese parte do princípio que as enfermeiras e médicas elaboram e interpretam os sentidos da violência de gênero contra mulher no cotidiano de vida, podendo interferir em processos de comunicação, interação, socialização, repercutindo na saúde mental, sexual e reprodutiva de quem vivência esse tipo de violência.

1.2 Aproximação com a temática de estudo: delineando o problema de pesquisa

A aproximação com a temática violência de gênero contra as mulheres iniciou desde a minha graduação. Ainda, como acadêmica, no quarto período, quando fui bolsista de iniciação científica do projeto intitulado “Enfermeiras visitadoras sociais” coordenado pelo professor Drº Osnir Claudiano da Silva Junior, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), desenvolvi uma pesquisa dando origem ao meu trabalho de conclusão de curso (TCC), intitulada “Especialização e gênero: a exclusividade pelas mulheres no curso de visitadora social no Distrito Federal” (1927-1943).

² A Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 é um serviço atualmente oferecido pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). É uma política pública essencial para o enfrentamento à violência contra a mulher em âmbito nacional e internacional.

³ O Disque Direitos Humanos - Disque 100 é um serviço disseminação de informações sobre direitos de grupos vulneráveis e de denúncias de violações de direitos humanos.

Posteriormente, ao ingressar no programa de Residência Multiprofissional de Enfermagem no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP- UFF) na área de concentração em saúde da mulher, criança e adolescente, e no desempenho das minhas funções como Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS), a inquietação pela temática se ampliou, pois, tive a oportunidade de atuar em alguns setores, como por exemplo, ambulatórios de atendimento à saúde da mulher e consultas de pré-natal. Nestes espaços, convivi com a problemática da violência de gênero quase que cotidianamente, pois as mulheres a quem prestava assistência acabavam verbalizando os diversos tipos de violências que vivenciavam.

No desempenho dessas funções profissionais, algumas situações despertaram a minha atenção, tais como, a atuação das enfermeiras e médicas frente aos casos de violência de gênero contra as mulheres, assim como, a assistência prestada a esse grupo. Esta realidade impulsionou-me na realização de uma pesquisa de mestrado em enfermagem “Mulher idosa no contexto da atenção básica: necessidade e atenção à saúde”. Essa dissertação deu origem a publicação científica “Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa”. Essa pesquisa possibilitou conhecer a necessidade de saúde das mulheres nessa faixa etária e constatei, mais uma vez, a presença da vivência da violência de gênero contra as mulheres como uma das demandas de saúde das mulheres (Silva *et al.*, 2015).

Dando continuidade ao meu interesse por essa temática, ao longo dos sete anos atuando no contexto da atenção primária à saúde, como enfermeira e docente, conheci a realidade social e cultural das mulheres e de seu núcleo familiar, partilhando um pouco mais de suas histórias de vidas. Nessa experiência, pude perceber as vivências da violência de gênero contra as mulheres nas comunidades e comecei a observar como as enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde lidavam com essas situações, visto que é um problema de saúde que presenciamos com frequência em nosso cotidiano de trabalho.

Entendendo que as enfermeiras e médicas precisam ser importantes aliados, tanto na detecção de casos, quanto na adoção de ações preventivas e no apoio às usuárias que buscam o serviço de saúde nos casos de violência de gênero, acredito que precisamos estar atentos a vivência desse tipo de violência pelas mulheres atendidas.

A violência de gênero sendo um grave fenômeno social e de saúde pública, ultrapassa os pré-julgamentos que podem inibir uma atuação profissional mais efetiva. Assim, quando o profissional de saúde identifica situações de violência de gênero contra as mulheres devem realizar algumas intervenções, como por exemplo fazer a notificação dos casos, verificar as redes de apoio dessas mulheres e providenciar encaminhamentos aos demais serviços que prestam assistência a esses casos, com o propósito de minimizar os efeitos emocionais e

conduzir o caso de forma mais tranquila sem perder de vista o foco central dessa assistência.

Vale ressaltar que as enfermeiras e médicas tem papel fundamental no manejo desses casos, pois incentiva a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio. Por serem esses profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde, devem ocupar o papel de destaque no atendimento as mulheres que vivenciam essa situação (Barald, 2012).

Através das notificações feitas, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os casos de violência contra as mulheres ganham, cada vez mais, relevância e o Poder Público é obrigado a tomar atitudes e criar políticas públicas destinadas a resolver esse problema. No entanto, esse é um grande desafio das enfermeiras e médicas que atuam na Atenção primária à Saúde o processo de notificação. A grande maioria das enfermeiras e médicas não notificam essa situação, seja por desconhecimento, receio ou medo em se envolver nos casos, o que resulta na subnotificação (Sousa *et al.*, 2015).

O cuidado às mulheres que vivenciam a violência deve ser planejado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais. Refletir sobre o seu planejamento, pautado nos instrumentos básicos, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a proteção das mesmas e prevenção de agravos futuros, função que deve ser assumida pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (Ferraz *et al.*, 2009).

Cuidar do ser humano em sua totalidade inclui elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente, com esclarecimentos sobre os direitos e prerrogativas das mulheres. Também, assegurar que toda mulher, independente de classe, raça, etnia, religião, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional e idade, goze dos direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana (Ferraz *et al.*, 2009).

No entanto, frente a minha observação empírica no cotidiano profissional, verifico que muitas enfermeiras e médicas, ao se depararem com casos de enfrentamento da violência de gênero, sentem-se despreparadas, angustiadas, com sentimento de revanche, medos, preconceitos, impotência na resolução dos casos, sofrimento e até de culpa. Esses sentimentos parecem ter influência direta na maneira de assistir desse profissional.

Alguns frente a essas dificuldades, passam o atendimento para outros colegas, não notificam as violências, não fazem uma escuta atenta. Outros se envolvem com a situação e com a família da mulher, extremamente mobilizados, querendo denunciar à esfera policial e buscar todos os recursos disponíveis para minimizar a situação. Outros ainda se sensibilizam chorando ou fugindo do assunto da violência de gênero contra as mulheres.

Essas diversidades de sentimentos e ações profissionais, são descritos em diversos estudos (Pedrosa; Spink, 2011; Kiss; Schraiber, 2011; Vicente; Vieira, 2009; D'oliveira *et al.*, 2009), que apontam que a realidade dos serviços de saúde no que se refere a esse tema ainda é bastante insatisfatória e um dos problemas apontados é o despreparo dos profissionais para atender adequadamente a essas mulheres.

Muitas enfermeiras⁴ e médicas encontram barreiras à adoção de respostas eficazes ao problema, por falta de competência técnica, estereótipos culturais e atitudes sociais negativas, além de algumas restrições institucionais. Alguns consideram a violência de gênero contra as mulheres como um assunto de cunho privado e temem abordar essa temática com as usuárias. Outros pensam não dispor do tempo ou dos recursos necessários para prestar ajuda. A Organização Mundial da Saúde (OMS) há tempos vem proclamando a necessidade de preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres, pois os dados comprovam que a questão está sendo subnotificada, ocultada ou não documentada (OPAS, 1998).

No entanto, para Gutmanis *et al* (2007) destacam que aqueles profissionais de saúde que recebem algum treinamento especializado para atuar nos casos de violência de gênero contra as mulheres, sentem-se mais preparados inquirindo sobre o assunto e dando resolutividades para a situação. Porém, somente um treinamento técnico e de manejo não é suficiente para promover uma atenção adequada e eficaz sobre a violência de gênero contra as mulheres. As experiências sociais e vivências familiares e particulares sobre esse fenômeno têm ligação direta de como o profissional de saúde lida com a violência de gênero contra as mulheres, ressaltando ainda que esse fenômeno é enraizado em nossa sociedade patriarcal, que conseqüentemente, influencia na dimensão prática frente a essa situação. Existe uma rede complexa de representações, considerações profissionais, culturais, pessoais e institucionais que afetam o profissional de saúde ao enfrentar situações de violência de gênero das usuárias da APS.

Essas representações podem gerar limites pessoais e, até institucionais, impostos ao sistema de saúde público e privado, limites pela própria situação de violência, que é uma questão de Saúde Pública frequente e, infelizmente, crescente, já que muitos profissionais de saúde, por terem vivenciado essa situação recuam, titubeiam, evitam, negam ou não se disponibilizam para

⁴Nessa pesquisa devido ao quantitativo das carreiras profissionais e do gênero feminino de maior participação na pesquisa denominamos enfermeiras e médicas.

o envolvimento com esta temática. (Brasil, 2008). Isso torna muitos profissionais meros observadores de uma trajetória que pode trazer graves consequências para a vida física, afetiva, psíquica e social desta usuária. Portanto, é um desafio para as enfermeiras e médicas proporcionar qualidade de atendimento, promover a saúde e, acima de tudo, notificar os casos de violência atendidos.

Na prática é possível perceber que os profissionais de saúde identificam as violências de gênero vivenciadas pelas mulheres quando se apresentam em suas formas mais explícitas, como as marcas no corpo deixadas pela violência física ou sexual, mas os outros tipos de violências como a moral, patrimonial ou psicológica, muitas vezes, são invisibilizadas durante os atendimentos. Muitas enfermeiras e médicas, ainda imbuídos quase que exclusivamente do conhecimento biomédico, não questionam e não estão atentos para os casos de violência de gênero contra as mulheres, se detendo apenas em diagnosticar e tratar eventos corporais (Pedrosa;Spink, 2011).

Estudos como de Adeodato (2005), Silva (2006) e Villela e col. (2011) demonstram que a violência de gênero afeta a saúde das mulheres de diversas formas, levando, muitas vezes, a agravamentos em quadros de saúde física, como diabetes e hipertensão, consequências psicossociais, como afastamentos do trabalho (Miranda *et al.*, 2010), alta relação entre transtornos mentais, como depressão (Oliveira e Jorge, 2007), tentativas de suicídio e uso abusivo de drogas (Guedes; Fonseca, 2009; Rabello; Caldas Júnior, 2007). No entanto, grande parte dos profissionais de saúde tratam essas consequências da violência de gênero contra as mulheres, sem mesmo saber a causa principal desses transtornos físicos e/ou psicossociais, apenas numa visão medicalizadora (D'oliveira *et al.*, 2009).

Ao refletir sobre essa problemática tão complexa na APS, pode-se ainda perceber que mais recentemente, ela adquiriu maior ressonância social, diante do crescimento do número de casos de violência de gênero contra as mulheres na pandemia do covid-19, principalmente devido ao isolamento social, que foi preconizado durante a pandemia. Muitos desses casos, emergiram no atendimento das unidades básicas de saúde, fazendo com que os profissionais de saúde tivessem que lidar com esses casos e suas repercussões nas mulheres e nas suas famílias.

A diversidade de sentimentos e ações das enfermeiras e médicas diante da situação da violência de gênero contra as mulheres, depende da concepção individual, dos valores culturais, morais, econômicos, espirituais e sociais. As questões alusivas à violência de gênero contra as mulheres são envoltas em uma série de mistérios, tabus, desigualdades de gênero, sistema de poder, derivados do sistema tradicional de valores da nossa cultura patriarcal e machista que precisam ser reconhecidas e estudadas.

1.3 A violência de gênero como objeto de representação social

Diante do exposto, com base em tudo que foi explicitado, acredita-se que, a violência de gênero contra as mulheres é um fenômeno passivo de ser estudado pela Teoria das Representações Sociais (TRS).

A TRS atua na dinâmica entre o conhecimento de senso comum e o conhecimento científico de um determinado fenômeno (Moscovici, 2012a). Considerando que a Representação Social é de um sujeito sobre um objeto, nesse estudo, trata-se da representação social das enfermeiras e médicas frente a violência de gênero contra as mulheres, no âmbito da APS. A opção pelo referencial teórico Sergi Moscovici é por acreditar que a TRS favorecerá uma reflexão sobre outras formas de assistir a mulher frente a violência de gênero contra as mulheres. O objeto de estudo empregado nesta pesquisa é identificado como um fenômeno de representação social, por situar-se no cotidiano das enfermeiras e médicas que atuam na APS, sendo fonte geradora de conversação, discussão e conflitos, repercutindo na prática assistencial.

Grande parte do comportamento das enfermeiras e médicas sofre influência das relações sociais que mantêm durante a vida, principalmente no trabalho, entre amigos e no ambiente familiar que acabam se refletindo em suas práticas profissionais. O uso dessa teoria nesta pesquisa possibilitará conhecer como se dá a elaboração e a organização das representações sociais sobre a violência de gênero contra as mulheres, também os significados dados a esse fenômeno, consequentemente, compreender atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde da APS.

A subjetividade desses profissionais de saúde é muito relevante, uma vez que suas representações sociais podem produzir práticas que levem as usuárias que vivenciam situações de violências a momentos desconfortantes ou, ao contrário, extremamente confortantes e com sentimento de acolhimento. A representação social possui um objetivo prático, é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que concorre para a construção de uma realidade comum a um determinado grupo social. As representações orientam as relações sociais e as ações, determinando assim, um sistema de pré-decodificação da realidade que irá determinar um conjunto de antecipações de ideias e de comportamentos que constituem o senso comum (Jodelet, 2001).

Diante disto, acreditamos que pela TRS, por ser este um modelo teórico metodológico, irá nos possibilitar a realização de uma investigação do que está por trás das falas dos sujeitos, levando em consideração diferentes aspectos sociais e individuais entrelaçados na vida dos profissionais de saúde da APS.

Com o intuito de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento, desde o encaminhamento

adequado até o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção, a rede de atenção à violência se constitui da articulação entre instituições governamentais, não governamentais, comunidades e profissionais de diversas áreas, dentre elas os da área da saúde (Alexandre *et al.*, 2019).

1.4 Objeto do Estudo

Frente a essa problematização, delimita-se como objeto dessa investigação: *as representações sociais de enfermeiras e médicas quanto a violência de gênero contra as mulheres e as implicações no cuidado a essas mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde.*

1.5 Questões Norteadoras

- Que conteúdos e sentidos integram os saberes de enfermeiras e médicas da Atenção Primária à Saúde sobre a violência de gênero contra as mulheres? E como organizam e estruturam esses saberes?
- Como lidam com as situações de violência de gênero contra as mulheres no cotidiano profissional na Atenção Primária à Saúde?
- Quais as implicações dessas representações sociais no cuidado/atendimento às mulheres que vivem essa situação de violência de gênero contra as mulheres?

1.6 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais de enfermeiras e médicas que atuam na Atenção Primária à Saúde acerca da violência de gênero contra as mulheres.

1.6.1 Objetivos Específicos

- Identificar os conteúdos e sentidos que estruturam e organizam as representações sociais acerca da violência de gênero contra as mulheres pelas enfermeiras e médicas que atuam na Atenção Primária à Saúde;
- Caracterizar as estratégias utilizadas pelas enfermeiras e médicas da Atenção Primária à Saúde da mulher que vivencia as situações de violência de gênero;
- Discutir implicações dessas representações sociais no cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde da mulher que vive a situação de violência de gênero;
- Propor estratégia de uma tecnologia educativa a partir das representações sociais das enfermeiras e médicas, que contribuam para o cuidado da assistência da mulher que vivência essa violência de gênero.

1.7 Relevância e Justificativa do estudo

Esta pesquisa se torna relevante e justifica-se pela constatação de que a violência de gênero contra as mulheres vem sendo considerada pela literatura nacional e internacional como um grave problema de saúde pública e importante causa de morbidade e mortalidade para as mulheres.

Corroborando este pensamento, compreender as representações sociais das enfermeiras e médicas da Atenção Primária à Saúde, que é a porta de entrada para o sistema de saúde, frente a violência de gênero contra as mulheres e refletir sobre as diversas formas de assistir as mulheres, será relevante para a área da saúde da mulher.

Vale destacar que em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este surgiu com propostas e abordagens voltadas para a saúde das mulheres, visando a integralidade da atenção e não somente a saúde reprodutiva. Foi a partir do PAISM que houve um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher em todas as fases de seu ciclo vital. O PAISM preconizava ações que envolviam o pré-natal, parto e puerpério, câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e violência doméstica e sexual (Brasil, 1984). Já em 2004, o Ministério da Saúde criou o documento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que de certa forma reitera e amplia as propostas do PAISM (Brasil, 2011a).

De acordo com o PNAISM de 2004 (Brasil, 2011b) a humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

Vale ressaltar que o PNAISM pontua diretrizes fundamentais dentre elas, o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde. Esses são princípios norteadores que buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e no combate à violência doméstica e sexual. As questões de gênero são consideradas como um dos determinantes da saúde nas políticas públicas. (Brasil, 2011a)

No Brasil, o direito universal e integral à saúde é um direito social estabelecido na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (Brasil, 2011).

Nesse sentido, as enfermeiras e médicas que atuam com a integração de recursos, devem ser um dos ordenadores das hipóteses de solução da problemática da violência de gênero contra as mulheres, mas para que isso se efetive, uma rede de atenção deverá ser articulada para resgatar esta mulher da condição de vulnerabilidade.

Diante do esboço da problemática que envolve a violência de gênero contra as mulheres no contexto da APS e através do embasamento teórico-metodológico da TRS, este estudo buscou maiores aprofundamentos acerca da temática, em bases nacionais e internacionais fazendo um levantamento das evidências científicas publicadas sobre esse fenômeno, através de uma revisão integrativa para chegar ao estado da arte.

A etapa da revisão integrativa de literatura permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, consentindo o aprofundamento e a identificação de lacunas no conhecimento, o que, por sua vez, contribui para a qualificação da prática assistencial relacionada à temática investigada. (Boas, 2017)

Essa revisão perpassa por seis etapas: 1) elaboração da pergunta de pesquisa, 2) busca na literatura, 3) coleta de dados, 4) análise crítica dos estudos incluídos, 5) discussão dos resultados, e 6) apresentação da revisão (Roman; Friedlander, 1998). Desta forma, este estudo foi baseado na seguinte pergunta de pesquisa: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais sobre a violência de gênero contra as mulheres para Enfermeiras e Médicas no contexto da Atenção Primária à Saúde? A sua elaboração deu-se através da estratégia PICO,

que preconiza como elementos fundamentais: P - População; I - Interesse; e Co - Contexto (Peters *et al.*, 2015). Como demonstrado no Quadro 1, definiram-se os elementos: P – Enfermeiras e Médicas, I – Violência contra a mulher, Violência de gênero; e Co – Atenção primária à saúde, Estratégia de Saúde da Família, Representação Social

Quadro 1 - Estratégia PICO

REVISÃO INTEGRATIVA (PICO)	
Participante	Enfermeiras e Médicas
Fenômeno de Interesse	Violência contra a mulher, Violência de gênero
Contexto	Atenção primária à saúde, Estratégia de Saúde da Família, Representação Social

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Construiu-se para a segunda fase, uma estratégia de busca utilizando sete descritores: Enfermeiras; Médica; Violência contra a mulher; Violência de gênero; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família, Representação Social Acessou-se o portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no tópico “consulta aos Descritores em Ciências em Saúde” (DeCS) e seus correspondentes em inglês no *Medical Subject Headings* (MeSH): Health Personnel; Nurses; Doctors; Violence Against Women; Gender-Based Violence; Primary Health Care; Family Health Strategy, Social Representation. Realizou-se a busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de dados em Enfermagem (BDENF); Scielo; CINAHL, Scopus, Academic Search Premier, Web of Science, Science Direct, Pubmed.

Na operacionalização da coleta da amostra, foram empregados os operadores booleanos “OR” e “AND” na combinação dos descritores. A coleta de dados ocorreu de abril de 2021 a outubro de 2025. Segue abaixo os descritores no DeCS e MeSH.

Quadro 2 – Descritores no DeCS/ MeSH

População	Descritores em Português	Descritores em Inglês	Descritores em Espanhol	Significados
Enfermeiras	Enfermeira Enfermeira Enfermeiro Enfermeira Registrada Enfermeiras registradas Enfermeira e Enfermeiro registrado Enfermeiras e enfermeiros registrados	Nurses	Enfermeras y Enfermeros	Enfermeira Enfermeira e Enfermeiro Enfermeira Registrada Enfermeiras Enfermeiro e Enfermeira Enfermeiro Registrado Enfermeiros e Enfermeiras Enfermeiros Registrados
Médicas	Médicas	Physicians	Médicas	Médicas

Interesse	Descritores em Português	Descritores em Inglês	Descritores em Espanhol	Significados
Violência contra a Mulher	Violência contra a Mulher	Violence Against Women	Violencia contra la Mujer	Crimes contra a Mulher Crimes contra as Mulheres Delitos contra a Mulher Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher Violência contra as Mulheres
Violência de gênero	Violência de Gênero	Gender-Based Violence	Violencia de Género	Assassinato por Dote Assassinatos por Dote Morte pelo Dote Morte por Dote Morte por Falta de Dote Mortes por Dote Mortes por Falta de Dote Queima da Noiva Violência Baseada em Gênero

Contexto	Descritores em Português	Descritores em Inglês	Descritores em Espanhol	Significados
Estratégia de Saúde da Família	Estratégia de Saúde da Família	Family Health Strategy	Estrategia de Salud Familiar	Estratégia de Saúde da Família PET Saúde da Família Programa Saúde da Família Programa Saúde da Família (PSF) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Saúde da Família) Programa de Saúde Familiar Programa de Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud	Atendimento Básico Atendimento Primário Atendimento Primário de Saúde Atenção Básica Atenção Básica de Saúde Atenção Básica à Saúde Atenção Primária Atenção Primária de Saúde Atenção Primária em Saúde Cuidados Primários Cuidados Primários de Saúde Cuidados Primários à Saúde Cuidados de Saúde Primários Primeiro Nível de Assistência Primeiro Nível de Atendimento Primeiro Nível de Atenção Primeiro Nível de Atenção à Saúde Primeiro Nível de Cuidado Primeiro Nível de Cuidados
Representação Social	Representação Social	Social Representation	Representación social	Representações Sociais Teoria das Representações Sociais Zona Muda das Representações Sociais

Contemplando a terceira fase, refinou-se a pesquisa ao aplicar os critérios de inclusão previamente estabelecidos na estratégia de busca: texto completo; disponível on-line nos idiomas português, inglês e espanhol; estudos no formato de artigos originais oriundos de produções científicas publicados dentro do recorte temporal entre os anos de 2021a 2025.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos que retratassem a temática violência contra as mulheres relacionados a violência doméstica, sexual, patrimonial, psicológica e moral e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados. Os critérios de exclusão foram produções fora da modalidade de artigo, que não tivessem como foco a violência de gênero na violência contra as mulheres e artigos duplicados.

Na quarta etapa foi elaborado um instrumento que pudesse fornecer informações detalhadas dos estudos para facilitar a avaliação e a análise dos dados, após a leitura dos resumos selecionados. Foram extraídas variáveis de identificação, tais como: periódico; país e ano de publicação; autor; título; tipo de estudo, assunto principal; relacionados a violência de gênero. Intentou-se com o instrumento, além de formar um banco de dados, mapear pontos pertinentes, integrar dados e caracterizar a amostra revisada.

Na quinta fase discutiu-se as variações dos resultados e suas principais características apoiadas por leituras prévias da literatura. Descreveram-se os temas comuns emergidos a partir de grupamento das informações nos artigos selecionados e elaborou-se categorias temáticas. Conduziu-se, sobretudo na sexta fase, a revisão ao nível de conclusão, descrevendo-se as evidências científicas da violência de gênero contra as mulheres para enfermeiras e médicas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Por fim, apresenta-se a síntese do conhecimento produzido com o propósito de divulgar os principais resultados evidenciados nessa revisão integrativa. Inicialmente, foram encontrados nas bases de dados 91 publicações, após a triagem, obteve- se uma amostra de 51 artigos. Conforme demonstramos no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3 – Estratégias de busca e número de manuscritos obtidos nas bases de dados após filtro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Base de dados	Estratégia de Busca	Localizados na Busca	Identificados por Título
BVS	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de	7	5

	Saúde da Família"OR "Atenção Primária à Saúde"		
LILACS	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	19	10
MEDLINE	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras " AND "Médicas" "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	38	18
BDENF	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero"AND "Enfermeiras " AND "Médicas" "Estratégia de Saúde da Família" OR"Atenção Primária à Saúde"	11	6
SCIELO	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras " AND "Médicas" "Estratégia de Saúde da Família" OR"Atenção Primária à Saúde"	4	3
CINAHAL	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	4	2

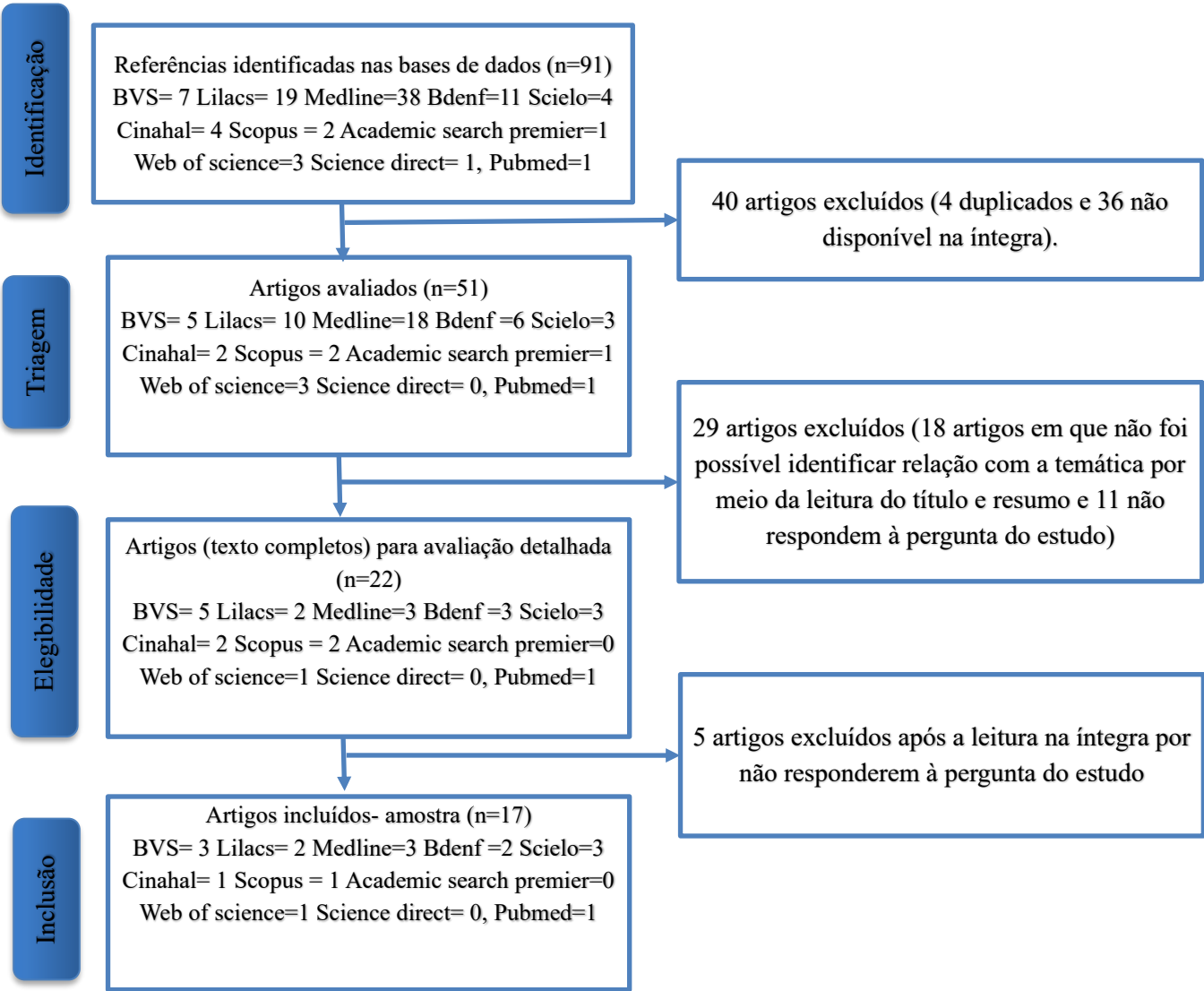
SCOPUS	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	2	2
ACADEMIC SEARCH PREMIER	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	1	1
WEB OF SCIENCE	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	3	3
SCIENCE DIRECT	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	1	0
PUBMED	"violência contra a Mulher" OR "violência de gênero" AND "Enfermeiras" AND "Médicas" AND "Estratégia de Saúde da Família" OR "Atenção Primária à Saúde"	1	1

Fonte: dados da busca nas Bases de Dados, 2025

Após a busca dos manuscritos nas bases de dados citadas anteriormente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos 51 artigos selecionados, porém desse quantitativo, 29 não

respondiam à questão de pesquisa, ficando um total de 22 artigo completos e avaliados na íntegra. Dentre esses, 05 artigos excluídos após a leitura na íntegra por não responderem à pergunta do estudo, ficando elegíveis um total de 17 artigos científicos. Na figura 1 é possível perceber a descrição do processo de identificação dos estudos, através do fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos. Rio de Janeiro, Brasil, 2025. PRISMA



Os estudos foram caracterizados em relação aos dados de identificação: título do periódico, autores e ano da publicação, base de indexação e idioma, tipo de estudo e nível de evidências, assunto principal e contexto do estudo (Quadro 4).

Quadro 4 - Publicações selecionados (P) nas bases de dados BVS, LILACS, MEDLINE, BDNF, SCIELO, CINAHAL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, PUBMED. Rio de Janeiro, 2025.

P	Título do periódico	Autores/ano	Base de indexação/ idioma	Tipo de estudo /Nível de evidência	Assunto principal	Contexto
1	Combating Intimate Partner Violence: Representations of Social and Healthcare Personnel Working with Gender-Based Violence Interventions.	Autiero, Marcella ; Procentese, Fortuna; Carnevale, Stefania; Arcidiacono, Caterina; Di Napoli, Immacolata Ano 2020	Medline/ Cinahal Inglês	Determinante s sociais de saúde	Violência por parceiro íntimo (violência de gênero)	Itália
2	Understanding the healthcare provider response to sexual violence in Ghana: A situational analysis.	Cannon, Lindsay M; Sheridan-Fulton, Emily C; Dankyi, Roberta; Seidu, Abdul-Aziz; Compton, Sarah D; Odoi, Amanda; Darteh, Eugene K M; Munro-Kramer, Michelle L Ano 2020	Medline/ Scopus/Inglês	Determinante social de saúde Pesquisa Qualitativa	Acabar com as doenças tropicais negligenciadas e combater as DST	Estados Unidos
3	A blended training programme for healthcare professionals aimed at strengthening territorial networks for the prevention and contrast of gender-based violence.	Colucci, Anna; Luzi, Anna Maria; Fanales Belasio, Emanuele; Barbina, Donatella; Mazzaccara, Alfonso; Farchi, Sara; Battilomo, Serena Ano 2019	Medline/Scopus Inglês	Estudo observacional, pesquisa qualitativa	Curso de treinamento a distância a fim de fortalecer os Elementos-chaves para prevenção de atendimento a mulher vítima de violência	Itália
4	Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: A qualitative study.	Maquibar, Amaia; Hurtig, Anna-Karin; Vives-Cases, Carmen; Estalella, Itziar; Goicolea, Isabel Ano 2018	Medline/Scielo Inglês	Determinante s social de saúde, Pesquisa qualitativa	Violência de gênero um importante problema de saúde pública Mundial	Europa
5	Gender violence: knowledge and	Martins, Lidiane de Cassia Amaral;	Medline/	Determinante s de saúde	Avaliar as condutas dos	América do Sul/Brasil

	Professional conduct of the family health strategy / Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família	Silva, Ethel Bastos da; Dilélio, Alitéia Santiago; Costa, Marta Cocco da; Colomé, Isabel Cristina do Santos; Arboit, Jaqueline Ano 2018	Inglês/Português		profissionais da ESF frente a violência de gênero	
6	Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. / Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural.	Acosta, Daniele Ferreira; Gomes, Vera Lúcia de Oliveira; Oliveira, Denize Cristina de; Marques, Sérgio Corrêa; Fonseca, Adriana Dora da Ano 2018	Medline/ Lilacs e Bdenf Inglês/Português	Ensaio Clínico Controlado	Analisar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de enfermeiras frente a violência doméstica	Brasil/Rio Grande do Sul
7	Representation of domestic violence against women: comparison among nursing students. / Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem.	Silva, Camila Daiane; Gomes, Vera Lúcia de Oliveira; Fonseca, Adriana Dora da; Gomes, Marcos Tosoli; Arejano, Ceres Braga Ano 2018	Medline/ Inglês/Português	Determinante de saúde, Pesquisa qualitativa	Identificar e comparar a estrutura e conteúdo das representações da violência doméstica contra mulher	Brasil/ Rio Grande
8	Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa.	Artz, Lillian; Meer, Talia; Aschman, Gray Ano 2018	Medline/Cinahal Inglês	Estudo de rastreamento	Triagem do tratamento e encaminhamento dos casos de violência	África do Sul
9	Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de	Souza, Angela Alves Correia de; Cintra, Raquel Barbosa Ano 2018	Lilacs Português/Inglês	Revisão Narrativa	Dificuldades incluindo conflitos éticos pelos médicos na abordagem	Brasil

	violência de gênero / Ethical conflicts and limitations of medical care for women victims of gender violence / Conflictos éticos y limitaciones de la atención médica a las mujeres víctimas de violencia de género				de pacientes vítimas de violência	
10	Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study.	Wallin Lundell, Inger; Eulau, Louise; Bjarneby, Frida; Westerbotn, Margareta Ano 2018	Medline/Web of Science Inglês	Pesquisa Qualitativa	Mulheres profissionais de saúde que sofrem de violência de gênero	Suécia
11	Evaluation of sexual and gender-based violence program in Harare City, Zimbabwe, 2016: a descriptive cross-sectional study.	Sithole, Zvanaka; Gombe, Notion Tafara; Juru, Tsitsi; Chonzi, Prosper; Shambira, Gerald; Nsubuga, Peter; Tshimanga, Mufuta Ano 2018	Medline/Pubmed Inglês	Ensaio Clínico Controlado	Avaliação do programa de violência sexual e de gênero	África
12	Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde / On the margins of care: gender regulations in a health care team	Oliveira, Érika Cecília Soares; Pezzato, Luciane Maria; Mendes, Rosilda Ano 2018	Lilacs Português	Intervenção	Analisa como equipe de saúde tece redes de cuidado e define práticas de saúde a partir do percurso da usuária	Brasil, América do Sul
13	Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde / Gender Violence and Perpetrators: Representations of Health Professionals / La Violencia de Género y los Autores: Representaciones	Cruz, Suzyelaine Tamarindo Marques da; Espíndula, Daniel Henrique Pereira; Trindade, Zeide Araújo Ano 2017	Lilacs Português	Análise de Conteúdo	Compreender as representações sociais dos profissionais de saúde sobre violência contra mulheres e seus autores	Brasil, Pernambuco

	de Profesionales de la Salud					
1 4	Rural women and violence situation: access and accessibility limits to the healthcare network. / Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde.	Costa, Marta Cocco da; Silva, Ethel Bastos da; Soares, Joannie Dos Santos Fachinelli; Borth, Luana Cristina; Honnef, Fernanda Ano 2017	Medline/Pubmed Inglês/ Português	Ensaio Clínico Controlado	Mulheres em situação de violência fatores que limitam o acesso à rede de atenção à saúde	Brasil
1 5	Ethical concerns related to mandatory reporting of sexual violence.	N, Jagadeesh; Bhate-Deosthali, Padma; Rege, Sangeeta Ano 2017	Medline/ Inglês	Determinante s sociais	Prestação de cuidados a sobreviventes na violência sexual na emergência médico legal	Asia
1 6	As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro / The routine of health care professional regarding gender based violence in a maternity in Rio de Janeiro	Marinho, Paloma; Gonçalves, Hebe Ano 2016	Lilacs Português	Relato de Caso	Discutir as práticas dos profissionais de saúde em relação a violência de gênero em uma maternidade	Brasil/Rio de Janeiro
1 7	[Gender violence: Knowledge and attitudes of nurses in Primary Care]. / Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria.	Valdés Sánchez, Carmen Ana; García Fernández, Carla; Sierra Díaz, Ángela Ano 2016	Medline/ Espanhol	Estudo Transversal	Conhecimentos e atitudes das enfermeiras na atenção primária quanto a violência de gênero	Espanha

Fonte: Elaborado pela autora,2021.

Os 17 estudos elegíveis foram categorizados em 5 categorias: Violência causada por parceiro íntimo; Violência relacionada as infecções doenças sexualmente transmissíveis; Treinamento do profissional de saúde no atendimento à mulher frente a violência; Prestação de cuidados a sobreviventes da violência e Conhecimentos atitudes e práticas dos enfermeiros frente a violência de gênero.

Vale ressaltar que dois artigos tiveram uma aproximação com a temática do presente estudo que foram: Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural e Violência de Gênero e seus autores: Representações dos Profissionais de Saúde.

Considerando o que foi encontrado, ao fazer uma análise qualitativa foi possível perceber no artigo “*Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural*” que o mesmo abordou as representações sociais das enfermeiras focado na violência doméstica pautado exclusivamente na abordagem estrutural. O estudo foi desenvolvido em dois hospitais do Rio Grande do Sul. O segundo artigo em destaque intitulado como “*Violência de Gênero e seus autores: representações dos profissionais de saúde*” foi desenvolvido com profissionais de saúde de diversos níveis de escolaridade e de atenção, apontando principalmente, o foco do homem autor da violência contra as mulheres, sendo realizado em um município do interior de Pernambuco.

Apesar desses dois estudos se aproximarem da temática e do referencial teórico metodológico desta investigação, vale ressaltar alguns pontos que diferem da tese em questão: ambos não foram desenvolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde; tiveram como campos de pesquisa Estados fora do Rio de Janeiro e não abordaram a TRS na triangulação de dados e multimétodos, como será feito neste estudo (análise processual e estrutural).

Diante dessa busca nas bases de dados, foi possível identificar escassez dos estudos voltados para atuação dos profissionais de saúde da APS, principalmente de nível superior, frente a violência de gênero contra as mulheres. Foi possível constatar que, ao se trata de abordar os conhecimentos, significados e representações das enfermeiras e médicas da APS acerca da violência de gênero contra as mulheres, é uma temática limitada.

Percebe-se, portanto, as necessidades de melhor compreender como as enfermeiras e médicas da APS constroem conhecimento sobre violência de gênero contra as mulheres e como esse conhecimento se manifesta em suas práticas cotidianas, de modo a dar maior visibilidade e assistência à saúde da mulher.

Como limitações desta revisão, considera-se a não inclusão de bases como Scielo e Social Sciences Index e Abstracts, nas quais poderia obter mais estudos. Outras questões que poderiam ter ampliado os achados desta revisão foi a não inclusão de publicações como teses, dissertações ou artigos científicos publicados em revistas de menor fator de impacto, não indexadas em grandes bases de dados, como as que foram consultadas. Todavia, os achados desta revisão se referem há período temporal significativo e apontam evidências capazes de subsidiar novas investigações, a partir da síntese já produzidas.

Esta questão, de acordo com o levantamento realizado, foi apontada a necessidade de

aprofundamento das questões que tratam da violência de gênero contra as mulheres diante da magnitude do problema e das representações sociais do profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde.

1.8 Contribuições do estudo

Esta pesquisa visa contribuir para a construção de novos conhecimentos sobre o tema. O ensino da enfermagem e a pesquisa serão beneficiados, por oferecer subsídios teóricos para a área da saúde da mulher fortalecendo as discussões acadêmicas sobre a violência de gênero contra as mulheres. Poderá possibilitar a construção sobre outras formas de cuidar, pensar e agir das enfermeiras e médicas frente a violência de gênero contra as mulheres à luz da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1986) como arcabouço teórico metodológico para auxiliar na compreensão dos sentidos e atitudes atribuídas por esse profissional ao objeto descrito.

Nesse intuito, esta pesquisa pretende com vistas a colaborar para pesquisas futuras a partir da compressão da importância das enfermeiras e médicas no delineamento das diversas formas de assistir a mulher. As representações sociais sobre a violência de gênero contra as mulheres, compreendidas nesse estudo, podem colaborar no entendimento das práticas das enfermeiras e médicas frente a essa situação.

Vale ressaltar a importância de trabalhar essa temática nas escolas na perspectiva da promoção e prevenção de saúde a fim de diminuir a naturalização da violência de gênero contra as mulheres.

Além de propiciar a produção de publicações sobre a temática e permitir divulgar os conhecimentos adquiridos ao longo dessa trajetória acadêmica, há uma perspectiva de que esta pesquisa possa ainda contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do cuidado durante a abordagem das enfermeiras e médicas frente a violência de gênero contra as mulheres. Na área da extensão, a pesquisa contribuirá para a criação de grupos de reflexão acerca da temática violência de gênero contra as mulheres.

Novos paradigmas, relacionados a violência de gênero contra as mulheres estão sendo vivenciados na atualidade pela sociedade e também por profissionais de saúde que atuam no contexto da Atenção Primária à Saúde, ainda que, permeados por dilemas e contradições exigem posicionamento e posturas condizentes desses profissionais enquanto efetivos agentes de saúde diante das novas demandas apresentadas.

Desse modo, a pesquisa almeja contribuir para construção de políticas públicas de saúde, voltadas para uma grande parcela da população, excluída por falta de acesso e informação

aos serviços de rede. A partir da discussão dinâmica e contextualizada da temática sob a perspectiva desse importante profissional da área de saúde.

Este estudo está cadastrado no Grupo de Pesquisa Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva dos Grupos Humanos (GPSSRGH) da EEAN/UFRJ, articulando discussões em torno das representações sociais, violência de gênero e a saúde da mulher. Esta fortalecerá através da produção de conhecimento a linha de Pesquisa, sendo desenvolvida como tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). E encontra consonância com as necessidades de produção de conhecimento científico em áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2018).

Outro aspecto que justifica essa pesquisa é que dentre as 24 subagendas existentes de pesquisas em saúde, a saúde da mulher está classificada como a oitava subagenda de prioridade de pesquisa, e o estudo em tela está inserido nos seguintes subtemas: Desigualdades socioeconômicas, dimensão étnico-racial e de gênero; violência sexual, doméstica, institucional, na gravidez, relacionada a IST e Avaliação da efetividade da rede intersetorial que atende mulheres em situação de violência. (Brasil, 2018)

Estas subagendas podem ser encontradas no documento Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) que foi construído e implementado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, e teve sua segunda edição reimpressa pela 4ª vez em 2015 (Brasil, 2018).

Por último, não menos importante, em 2017 líderes mundiais se reuniram na sede da ONU para adotar formalmente uma nova agenda de desenvolvimento sustentável. Esta agenda é formada pelos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo durante os próximos 15 anos, até 2030. Vale ressaltar que este estudo está ligado as seguintes ODS 3 (saúde e bem estar),⁵ (igualdade de gênero e empoderar as mulheres),¹⁶ (justiça para todos). (ONU, 2018).

Desta forma, consideramos que a pesquisa em tela apresenta possibilidades relevantes para sua realização no campo da saúde e educação.

CAPÍTULO 2 - BASES CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS

2.1 A violência de gênero contra as mulheres as demandas no campo da saúde sexual e reprodutiva

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Primária à saúde. Ambas são ofertadas observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Neste contexto, pode-se afirmar que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais, como por exemplo as políticas públicas. Dentre elas podemos destacar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher PAISM (1984), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (2005).

Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos.

Vale ressaltar que, os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (ONU, 1995).

Muitos avanços já foram conseguidos no sentido de assegurar que as pessoas de todas as orientações sexuais e identidades de gênero possam viver com a mesma dignidade e respeito a que todas as pessoas têm direito.

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução (Negreiros, 2004).

De acordo com Neri (2002), a Revolução Francesa foi o momento histórico em que se desvelou um lugar social para a mulher e apesar das estratégias para restaurar o poder masculino no iluminismo, que deu uma forma essencialista aos dois sexos, houve um progresso, pois, a hierarquia deixou de ser metafísica para ser biológica.

Assim, é preciso reafirmar constantemente que a busca pela participação igualitária nos

espaços institucionais não é capaz de superar a desigualdade socialmente construída, sendo necessário buscar formas de superação que promovam a emancipação feminina e uma destas formas, é a luta pelo acesso às políticas públicas.

Vale ressaltar que o PAISM (1984), porém, não tratou de imediato da violência, mas da reprodução humana, baseando-se na crítica ao modo como se tomava a mulher nas práticas em saúde. Formulou uma perspectiva de saúde reprodutiva como movimento contra cultural ao projeto biomédico de abordar a mulher apenas em sua condição maternal, medicalizando o corpo feminino ao reduzi-lo às suas partes com capacidade reprodutora.

Na década de 90, significativas mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas trouxeram novos desafios para a saúde coletiva, tanto do ponto de vista da produção do conhecimento, quanto da formulação e implementação de políticas públicas, muitas propostas de pesquisas e de programas de intervenção.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004, a partir da necessidade deste Ministério de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país.

O documento da PNAISM incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

A formulação da Política partiu também do pensamento crítico sobre a forma como as mulheres vinham sendo atendidas nos serviços de saúde, na perspectiva de criar um modelo de atenção que tivesse como princípio o respeito pelos direitos das usuárias.

Vale destacar que as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS. Procuram os serviços de saúde para seu próprio atendimento, mas sobretudo, como acompanhantes. (Brasil, 2022).

Em relação sobre a busca pelo serviço de saúde nos casos de violência, a OMS revela, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais por causas violentas (OMS, 2002)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, quase metade das mulheres assassinadas é morta pelo companheiro, atual ou ex. A violência responde a, aproximadamente, 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos, em todo o mundo. Em alguns países, até 69% das mulheres declaram que já foram agredidas fisicamente e até 47% afirmam que sua primeira

relação sexual foi forçada (OMS, 2002).

Relacionado a saúde das mulheres, esse estudo também mostrou que as mulheres que sofreram violência física e/ ou sexual tiveram mais problemas de saúde do que aquelas que não apresentavam história de violência. Entre esses problemas, destacam-se: dores ou desconfortos severos, dificuldades de concentração e tonturas e a intenção ou a tentativa de suicídio mais frequente (duas a três vezes mais do que as mulheres que não sofreram violência). Além disso, o uso diário de álcool e a ocorrência de problemas relacionados à bebida, nos últimos 12 meses, também são relatados pelas mulheres que sofreram violência. Cabe aos profissionais das equipes de saúde não só a prática da assistência, com o atendimento aos efeitos da violência, os cuidados com a reabilitação das sequelas, mas também práticas de proteção integral e prevenção dos maus-tratos. São necessários a sensibilização e o compromisso de profissionais e gestores, no sentido de implementarem ações de promoção de uma cultura de paz e prevenção das violências, assim como de assistência às vítimas. É evidente a carência de serviços que estejam aptos para o acolhimento e assistência às pessoas que sofrem esse tipo de agravo. Os instrumentos jurídicos e o sistema de proteção à vítima, isoladamente, não têm conseguido diminuir a incidência desse fenômeno. Portanto, o papel da equipe da Saúde da Família não deve se restringir somente a dar respostas às demandas que chegam até ela, mas trabalhar ativamente com a população residente na sua área de atuação, no sentido do desenvolvimento de linhas de ação, a partir do diagnóstico dos principais problemas enfrentados pela comunidade, entre eles a violência doméstica e sexual.

A unidade básica deve funcionar integrada com a sua comunidade e com as diversas instituições que a integram, como escolas, creches, hospitais, conselhos tutelares, defensoria pública, polícia, entre outros. É fundamental que a unidade de saúde tenha conhecimento dos órgãos de referência para suporte à vítima de violência para que possa trabalhar de maneira integrada, constituindo, juntamente com os demais serviços, uma rede de atenção às vítimas de violência doméstica e sexual. Pretende-se, com este estudo, contribuir para a qualificação do trabalho dos profissionais da Saúde da Família, trazendo orientações e informações necessárias para a abordagem dos casos de violência doméstica e sexual, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Políticas públicas acerca da violência de gênero contra as mulheres

O Brasil é signatário de documentos com objetivos de promover a atenção integral para as mulheres, dentre os assuntos abordados um deles é a violência de gênero. Autores, como Santos e Izumino (2005) e Gomes (2003), destacam que as discussões sobre a temática tiveram origem na década de 1980, a partir dos estudos feministas que pretendiam dar maior visibilidade à

violência sofrida pelas mulheres e combatê-la.

Ao final da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) assumiram, em diversos documentos e portarias, abordando a questão da violência contra as mulheres como um grave problema de saúde pública.

Conforme citado anteriormente em 1984, o Ministro da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporou princípios e diretrizes, proposta e descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (Brasil, 1984).

Na época, o novo programa incluía a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, câncer do colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas de acordo com o perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004).

Já em 2004, surge o PNAISM, que incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2011a).

Vale ressaltar que, o processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implantação do PAISM. Visando o enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas, 2001) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Primária à Saúde, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismo para fortalecimento de gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios (Brasil, 2016).

Tratar das potencialidades da atenção primária para intervenção sobre o problema, da violência de gênero, se trata de acolher a violência como problema em toda a sua complexidade, pensando na promoção da não violência, prevenção e cuidado aos casos, tanto da perspectiva do tratamento de suas consequências como da especificidade na abordagem do problema violência de gênero em si.

A violência contra as mulheres é referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra as mulheres. Nos anos 80, é denominada como violência doméstica e, na década de 90, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero. (Brasil, 2011c).

Em pleno século XXI, a violência de gênero continua sendo praticada, pela abundância de atos recorrentes de violência, percebe-se que a ordem tradicional se ressignifica permanentemente, remodelando os padrões e os valores sexistas, porém, não os elimina. Logo, as concepções dominantes de feminilidade e masculinidade ainda se organizam a partir de disputas simbólicas e materiais, que operam no interior dos espaços domésticos e que, por conseguinte, acabam por se projetar a outros espaços. (Bandeira, 2014)

A correlação da violência com a condição de gênero originou-se sob a inspiração das questões e das reivindicações do movimento feminista, a partir de evidências empíricas contundentes. Vale destacar que, a pressão exercida pelo movimento feminista, no tratamento da violência contra as mulheres levou à criação da Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM)⁵, através dos governos estaduais, cuja iniciativa brasileira por seu pioneirismo, acabou sendo adotada posteriormente em vários países da América Latina (Brasil, 2010). A primeira delegacia foi inaugurada na cidade de São Paulo, em 1985, e no ano seguinte, a primeira Casa-Abrigo para mulheres em situação de risco (Brasil, 2007). Esta última tinha como proposta garantir acolhimento com dignidade às mulheres que vivenciavam a violência.

Há de destacar que a criação das delegacias especializadas foi uma conquista da luta das feministas pela criação de instituições que defendessem as mulheres da violência de gênero, pois, ao recorrerem às delegacias comuns para denunciar o companheiro, as mulheres vivenciavam outra forma de violência, a institucional, uma vez que os funcionários não compreendiam a razão de os problemas privados serem resolvidos no espaço público (Blay, 2003).

Sem dúvida, foi o movimento feminista que teve uma atuação múltipla e fundamental em relação ao combate à violência de gênero contra as mulheres.

Em síntese, as políticas públicas e ações voltadas às equipes que atuam na APS são destinadas ao atendimento e acompanhamento das mulheres em situação de violência de gênero, devem ser alicerçadas em atenção integral, ética e qualidade, com foco na resolutividade dos casos e no fortalecimento da autonomia das envolvidas. A questão de gênero, em sua interface com a violência, deve ser vista como ampliação, aprimoramento e desdobramento das diretrizes estabelecidas nos campos da segurança, justiça e saúde no Brasil. Nessa perspectiva a coibição, a prevenção e o atendimento à violência de gênero contra as mulheres exigem reflexões e atuações multissetoriais e multidisciplinares, que incidam diretamente na estrutura e conjuntura do fenômeno, organizador da nossa realidade social de maneira tão desigual e violenta às mulheres.

5 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, são unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. Projeto de Lei nº 781, de 2020

CAPITULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1 A Teoria das Representações Sociais e sua aplicabilidade no estudo

A concepção da Teoria das Representações Sociais (TRS) foi iniciada por Serge Moscovici, psicólogo social romeno radicado na França, que publicou sua obra seminal, em 1961, denominada *La Psychanalyse, son image, son public*, fruto de sua tese, no qual abordou a difusão e apropriação da psicanálise entre diferentes grupos sociais, servindo para estruturar o conceito de representações sociais. Posteriormente, a teoria foi aprofundada por Denise Jodelet no campo da Psicologia Social, sendo aplicada também em estudos da Sociologia e Antropologia, entre as Ciências Psicológicas e Sociais (Jodelet, 2001).

A referida teoria, como instrumento de conhecimento da realidade, permite evidenciar uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Diante disso, pode-se dizer que as representações sociais são afirmações e explicações que surgem na vida cotidiana entre os indivíduos (Moscovici, 2007).

Ao mesmo tempo, as Representações Sociais são caracterizadas através da fala, gesto, ou relação no universo cotidiano, ou mesmo aparecem por meio de observação com sua interpretação e análise. Essa representação é um caminho capaz de direcionar o comportamento e revelar seu sentido, onde os elementos do meio ambiente em que o comportamento é desenvolvido serão reconstruídos e remodelados. (Martinez *et al.*, 2012).

Enquanto processo psicossocial, a TRS se articula tanto com a vida coletiva de uma sociedade, como com os processos de constituição simbólica, nos quais sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar o seu lugar, por meio de uma identidade social que se traduz como um modo de organizar significados e experiências que possibilitam à pessoa se posicionar como ator social, definindo o eu em um lugar no mundo (Jovchelovitch, 2012; Duveen, 2012).

Toda realidade é apropriada pelo indivíduo ou grupo, é reconstruída no seu sistema cognitivo, integrado no seu sistema de valores, dependente da sua história e contexto social e, por isso, a forma como as pessoas pensam sobre questões que as cercam, sejam elas reais ou imaginárias, resulta de processos construídos individual e socialmente e são compartilhados nos discursos em sociedade.

As RS são definidas como um sistema de valores, de ações e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo, instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio-ambiente social, material e de o dominar. Em seguida, de assegurar a “comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para nomear e

classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, de sua história individual ou coletiva (Moscovici, 2015, p.11). Como “*duas faces da mesma moeda*” (Arruda, 2003, p 23) a RS se apresenta a partir de dois processos funcionais e de desenvolvimento: a objetivação e ancoragem. Estes dois processos articulam as apresentações cognitivas e a situação social em que perpassam a RS.

A objetivação é o processo pelo qual se procura tornar concreta, visível uma realidade, ou seja, designa a passagem de conceitos e ideias para esquemas ou imagens concretas; tem a função de duplicar um sentido por uma figura, de dar materialidade a um objeto abstrato (Jodelet, 2001). Para Jodelet (2001, p. 17), o processo de ancoragem está articulado dialeticamente com o processo de objetivação associando três funções básicas da representação: 1) a função cognitiva de integração da novidade, que permite entender como a significação é conferida ao objeto representado, 2) a função de interpretação da realidade, que permite compreender como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumentaliza a conduta e 3) a função de orientação das condutas e das relações sociais, que permite compreender como se dá sua interpretação em um sistema de recepção e como influenciam e são influenciados pelos elementos que aí se encontram.

Avançando na compreensão da abordagem processual da TRS, conforme salienta Arruda (2002), a sistematização processual necessita percorrer esses dois processos de formação das RS, que se interligam permitindo justificar, o saber de um grupo sobre um objeto.

A abordagem processual visa dar conta da forma pela qual as representações sociais são vinculadas ao cotidiano, no qual os sujeitos sociais, aqui representados pelo grupo de enfermeiras e médicas, interpretam, refletem, agem e comunicam sobre um determinado objeto, que neste estudo, será a violência de gênero no contexto da Atenção Primária à Saúde. Neste contexto, deve-se levar em consideração os discursos dos indivíduos e dos grupos e os comportamentos e as práticas sociais onde as representações se manifestam (Jodelet, 2001).

Na perspectiva da abordagem estrutural essa teoria defende a necessidade de trabalhar a ideia de estruturação e centralidade na organização da representação social, pois justifica o pensamento e a sua relação com a prática (Abric, 2000). Neste contexto, o Núcleo Central da TRS procura-se identificar a estrutura ou o núcleo das representações, como se organizam e quais os elementos que as constituem. Essa abordagem se ocupa do conteúdo cognitivo das representações e o concebe como um conjunto estruturado, e não como uma simples coleção de ideias e valores (Sá, 1998).

Nesta linha de raciocínio, este estudo buscou entender a violência de gênero contra as mulheres sob essas duas perspectivas metodológicas, tentando abarcar a complexidade desse fenômeno social.

CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com triangulação de dados cuja teoria e método utilizados são fundamentados na TRS em sua abordagem estrutural e processual.

O caráter descritivo de uma pesquisa busca apresentar as características de uma determinada população ou fenômeno e interpretá-los. Não é objetivo interferir e nem modificar a realidade estudada, mas sim entender os modos de agir e pensar dos sujeitos pesquisados (Costa, 2011).

A ideia de triangulação baseia-se em um princípio de validação dos resultados pela combinação de diferentes métodos visando dar à abordagem qualitativa não apenas validade, mas acima de tudo rigor, amplitude e profundidade (Apostolidis, 2006).

Vale ressaltar que nesse estudo foi necessário a utilização de multimétodos ou a triangulação de dados. A triangulação como estratégia de pesquisa para o estudo das representações sociais é de interesse primordial, pois além de permitir a integração entre os dados objetivos e subjetivos da pesquisa, a abordagem por triangulação integra os sujeitos envolvidos, considerando-os em sua essência como sujeitos autoavaliáveis e construtores do objeto do estudo (Apostolidis, 2006).

Um estudo que se utiliza da triangulação metodológica busca designar a combinação de diversos métodos para tratar um fenômeno, com o intuito de enriquecer e complementar o conhecimento e superar os potenciais epistemológicos (Flick, 2009).

A triangulação metodológica faz uso de diferentes métodos e técnicas para estudar o mesmo fenômeno em particular. As abordagens de triangulação são construídas de maneira específica e local, de acordo com a problemática e os objetivos da pesquisa, com base nas opções teóricas e epistemológicas dos pesquisadores (Apostolidis, 2006).

Além de permitir a integração entre os dados objetivos e subjetivos da pesquisa, a abordagem pela triangulação integra os atores envolvidos em campo, não os tratando apenas como objetos analisáveis, mas essencialmente como sujeitos autoavaliáveis, pois estes são introduzidos como construtores do objeto do estudo. Os princípios da triangulação “*ecoam*” no interior da tradição das Ciências Sociais, por razões de validação prática e também epistemológica em estudos da TRS (Apostolidis, 2006, p.26).

Na abordagem estrutural ou Núcleo Central da TRS, procura-se identificar a estrutura ou o núcleo das representações, como elas se organizam e quais os elementos que as constituem. Essa abordagem se ocupa do conteúdo cognitivo das representações e o concebe como um conjunto estruturado, e não como uma simples coleção de ideias e valores (Sá, 1998).

A abordagem processual visou dar conta da forma pela qual as representações sociais foram vinculadas ao cotidiano, em que os sujeitos sociais, aqui representados pelo grupo de médicas e enfermeiras, interpretaram, refletiram, agiram e comunicam sobre um determinado objeto, que neste estudo vem a ser a violência de gênero contra as mulheres. Neste contexto, deve-se levar em consideração os discursos dos indivíduos e dos grupos, os comportamentos e as práticas sociais onde as representações se manifestam (Jodelet, 2001a). A utilização de tais abordagens teve a finalidade do alcance dos objetivos estabelecidos nesta pesquisa e reforçou que a TRS tem multitécnicas de análise e de inovação de estratégias metodológicas.

Diante do exposto, o percurso metodológico das RS em consonância com as abordagens estrutural e processual permitiu buscar os diferentes níveis de contribuição metodológica, se configurando numa grande possibilidade de triangulação, para melhor abarcar o objeto desse estudo que complexo e envolto em questões de desigualdade e poder.

4.2 Participantes do Estudo

O estudo foi desenvolvido com enfermeiras e médicas, atuantes nas UBS da AP 4.0 alocados nas equipes de ESF. A escolha por esses profissionais se deu por serem de nível superior e são os que compõe as equipes básicas da ESF e que atuam prestando assistência às mulheres.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão dos participantes à pesquisa: enfermeiras e médicas que estivessem alocados nas equipes da ESF e atendessem as usuárias no mínimo a seis meses nessas unidades. E quanto aos critérios de exclusão foram considerados as enfermeiras e médicas que estavam afastados por questões de licença médica, férias no período da coleta de dados.

Esse tempo de atuação do profissional na área ficou estipulado por referir-se a um período razoável de tempo, no qual os possíveis participantes possam ter um envolvimento com o território e com as demandas de saúde dessa população, incluindo as questões relativas à violência de gênero contra as mulheres. Essa possível experiência no campo de atuação pode ser capaz de converter na elaboração de representações sociais sobre o objeto de estudo.

As unidades da Atenção Primária à Saúde da AP 4.0 possuem 120 Enfermeiras e 140 Médicas, totalizam 260 profissionais que prestam assistência direta à população. No entanto, como citado anteriormente, a unidade de saúde que a pesquisadora atua não foi incluída no estudo. Sendo assim, os possíveis participantes serão 115 enfermeiras e 135 médicas. No entanto, esse quantitativo poderá aumentar no período da coleta de dados devido a ampliação das equipes de ESF, ou reduzir devido as vacâncias conforme destacadas anteriormente.

O convite aos participantes aconteceu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética

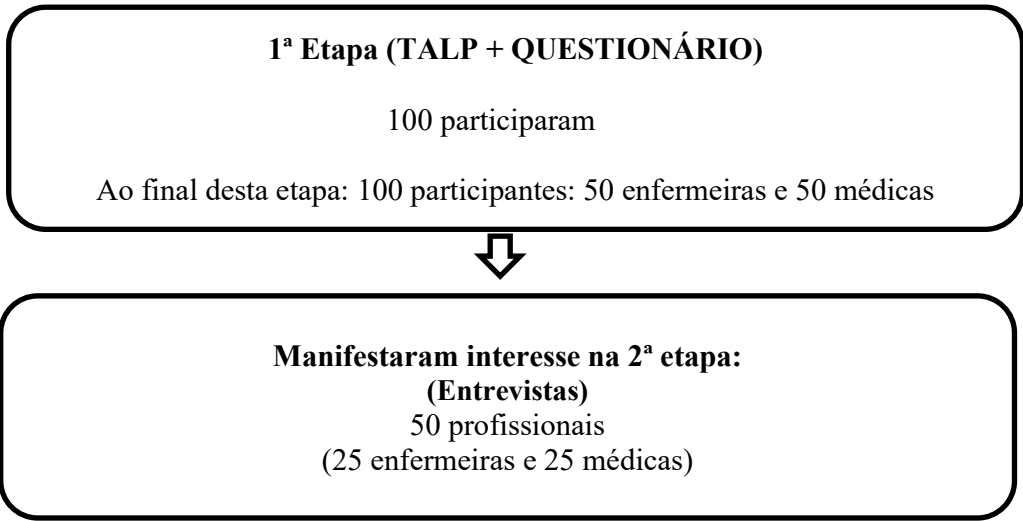
em Pesquisa com a ida da pesquisadora aos campos de pesquisa para divulgação do estudo e realização de contato com os possíveis participantes.

No entanto, o estudo teve a utilização de três instrumentos de coleta de dados. No primeiro momento foi aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), depois foi necessário responder um questionário para traçar o perfil socioeconômico demográfico. Nesses dois tivemos a participação de 100 profissionais sendo 50 enfermeiras e 50 médicas. E nas entrevistas tivemos a participação de 50 profissionais (25 enfermeiras e 25 médicas) que foram escolhidos de forma aleatória. Vale ressaltar que foi entregue a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O período da coleta de dados foi de dezembro de 2023 a junho de 2024.

Não foi a priori estipulado um quantitativo definitivo de participantes, contudo, fez-se necessário considerar a importância de um número significativo para que fosse identificar a diversidade de posicionamentos dos sujeitos, permitindo alcançar as dimensões da representação social (Sá, 1998). Frente tal necessidade, estimou-se incluir na pesquisa 100 participantes para participar da primeira etapa da pesquisa sendo 50 enfermeiras e 50 médicas que estão alocadas as equipes da estratégia de saúde da família prestando assistência a essas mulheres, reforçando que esse total somente foi definido ao longo da etapa de campo quando a amostra refletiu em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões das representações sociais das participantes sobre o fenômeno estudado. Já para a segunda etapa da pesquisa participaram 50 participantes sendo 25 enfermeiras e 25 médicas.

A figura 2 mostra o fluxograma do quantitativo de participantes em cada etapa da produção dos dados.

Figura 2 - Fluxograma da Captação e quantitativo das enfermeiras e médicas participantes da pesquisa. Rio de Janeiro- RJ, Brasil. 2024



4.3 Campo da Pesquisa

O estado do Rio de Janeiro possui uma extensão de 1.224Km de área, sendo dividida em 33 regiões administrativas (RA), sendo que o município do Rio de Janeiro encontra-se na Região Metropolitana de Saúde I (SMSRJ, 2019). Com intuito de descentralizar e planejar assistência em saúde a Secretaria Municipal de Saúde coordena a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP), sendo elas: AP 1.0; 2.1; 2.2; 3.1; 3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2; 5.3.

Nesse contexto, o campo desse estudo foram as unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro da AP 4.0. Cabe destacar que a escolha por essa AP para campo de pesquisa foi pautada principalmente nos fatores de interesse do estudo e também nas condições de acesso e na constância no campo, visto que a pesquisadora atua como Gerente Técnica de uma clínica da família, tendo maior aproximação com as unidades de saúde dessa AP.

Tais fatores foram fundamentais para o estudo, havendo, assim, uma relação da pesquisadora com os participantes, o que favorece a aceitação dos mesmos.

Atualmente, são 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da AP 4.0 que possui uma população estimada 909.368 habitantes e as comunidades e bairros que a compreendem são: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia (Jacarepagua), Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari (SMS, 2019).

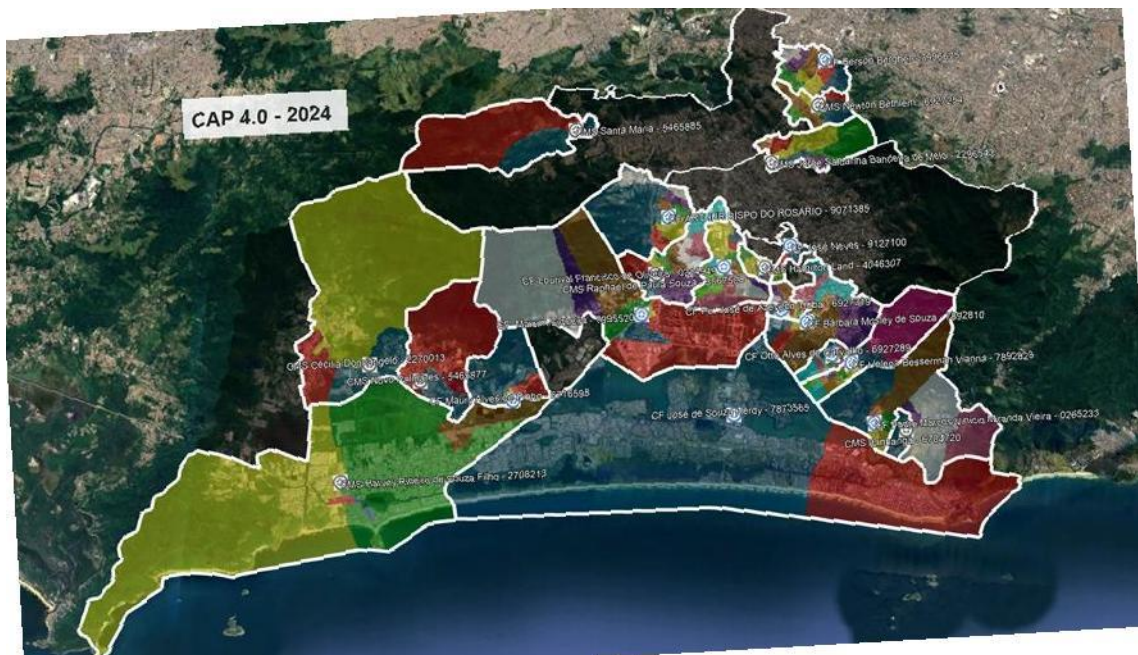
Vale destacar também que a área da AP 4.0 tem também 1 maternidade, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 8 hospitais e 6 Centro de Atenção Psico Social (CAPS), Espaços Intersetoriais - Instituições de Longa Permanência (ILPI), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Creche/Escola/EDI, ONGs e Associações de Moradores.

Pelo Censo de 2010 e pela projeção de 2020, a AP 4.0 é a segunda AP mais populosa (909.368 habitantes) e a que tem maior extensão geográfica (293mil Km²). É a AP que teve maior expansão demográfica nos últimos 20 anos.

As UBS dessa região estão divididas em 17 unidades do tipo A que são unidades com apenas equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e 4 unidades tipo B que são as unidades mista, ou seja, com equipes de ESF e equipes do posto de saúde, totalizando 21 unidades. No ano de 2021 a AP 4.0 apresentou um total de 94 equipes de ESF. No ano de 2022 a AP 4.0 estava com estimativa de implementar mais 27 equipes de ESF e em 2023 proposta de projeção de mais 40 equipes de ESF. Vale ressaltar que no ano de 2025 a cobertura ESF da AP 4.0 é de 143 equipes ESF. Neste estudo, foram 20 UBS que fizeram parte do campo de pesquisa, sendo excluída uma Clínica da Família, a qual a pesquisadora atua como Gerente Técnica. As

unidades do tipo A são: Centro Municipal de Saúde Raphael de Paula Souza; Centro Municipal de Saúde – Santa Maria, Centro Municipal de Saúde – Novo Palmares; Centro Municipal de Saúde – Itanhangá; Clínica da Família Barbara Mosley; Clínica da Família Gerson Bergher; Clínica da Família Helena Besserman Vianna; Clínica da Família José de Souza Herdy ; Clínica da Família Otto Alves de Carvalho; Clínica da Família Maicon Siqueira; Clínica da Família Pe. José Azevedo Tiúba; Clínica da Família Jose Neves; Clínica da Família Lourival Francisco de Oliveira e Clínica da Família Padre Marcos. As unidades do tipo B são: Centro Municipal de Saúde - Jorge Saldanha Bandeira de Melo; Centro Municipal de Saúde - Harvey Ribeiro de Souza Filho; Centro Municipal de Saúde - Cecília Donnangelo; Centro Municipal de Saúde - Hamilton Land; Centro Municipal de Saúde – Newton Bethlem.

Figura 3 - Mapa do território da AP 4.0.Rio de Janeiro- RJ, Brasil. 2025



Fonte: SMS, 2024.

Trata-se de extensa área de baixada, limitada pelos maciços da Tijuca e Pedra Branca e pelo Oceano Atlântico, mantida durante muito tempo preservada, sem inserção na malha urbana, em função das próprias características geográficas que lhe dificultavam o acesso, sendo sua base rural, com predominância de sítios e chácaras.

Apenas em meados do século XX ocorreu a inserção definitiva da área ao território da cidade pela implantação de novas conexões rodoviárias. A ocupação foi conduzida pela continuação do eixo litorâneo, vindo da zona sul, expandindo a ação do vetor residencial mais valorizado da

cidade. Dois vetores passaram então a conduzir a urbanização da área. Um mais antigo por Jacarepaguá e um novo, pela Barra da Tijuca. Esta última, por extensão, valores ambientais e potencial de crescimento, foi objeto de um plano de ocupação realizado em 1969 por Lucio Costa. Este plano contribuiu para a preservação de diversas áreas naturais de grande importância, mas por outro lado trouxe um modelo de ocupação calcado na segregação de usos, na negação do tecido urbano tradicional com densidade e espaços públicos de interação, como no Jardim Oceânico e Barrinha e na dependência em relação ao transporte individual. Um resultado indireto foi a segregação social, com o surgimento e expansão de favelas destinadas a abrigar uma mão de obra para a qual o plano não previu claramente alternativas.

4.4 Técnicas de coleta de dados e procedimentos na etapa de coleta dados

De acordo com a triangulação metodológica preconizada em estudos da TRS, foram aplicadas três técnicas para a produção dos dados, buscando obter a triangulação das fontes de dados e assim reforçar a confiabilidade dos resultados (Polit, Beck, 2017) e favorecer a captação dos fenômenos das representações sociais (Apostolidis, 2006; Silva; Camargo; Padilha, 2011). Cada instrumento teve uma finalidade específica, visando considerar os objetivos propostos e contemplar as diferentes abordagens da representação social.

As três técnicas de coleta de dados foram: Teste de Associação Livre de Palavras ou Ideias (TALP) (APÊNDICE B); questionário para o perfil socioeconômico e demográfico e de dados acadêmico profissional (APÊNDICE C) e a Entrevista Semiestruturada Individual em Profundidade (APÊNDICE D), que procurou explorar informações para conhecer as representações sociais das enfermeiras e médicas da Atenção Primária à Saúde quanto a violência de gênero contra as mulheres.

Cada técnica necessitou de um instrumento de pesquisa predeterminado, considerando que as diferentes perspectivas metodológicas se complementam diante da análise do fenômeno da violência de gênero contra as mulheres pelo olhar dos participantes.

4.4.1 Teste de Associação Livre de Palavras ou Ideias/ TALP

Como primeiro passo, houve o emprego da TALP (APÊNDICE B), que é uma técnica muito utilizada em estudos de RS, de abordagem interrogativa, através de expressões verbais rápidas e espontâneas evocadas pelos entrevistados, diante de palavras ou termos indutores expressados pelo entrevistador. O caráter espontâneo e a dimensão projetiva desta técnica permitem o acesso aos elementos que constituem o universo semântico do objeto estudado, com maior facilidade do que em uma entrevista. (OLIVEIRA et al., 2009).

Essa técnica consiste em pedir aos sujeitos que, a partir de um termo indutor (normalmente, o próprio rótulo verbal que designa o objeto da representação) apresentado pelo pesquisador, digam palavras ou expressões que lhe tenham vindo imediatamente à lembrança. A TALP objetiva a coleta de elementos latentes, o que possibilita caracterizar a estrutura da representação social estudada.

O caráter espontâneo e a dimensão projetiva desse tipo de produção permitem o acesso de forma mais fácil e rápida aos elementos do que uma entrevista, ou seja, a associação livre permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas (Silva & Viveiro, 2017).

É recomendado para que os participantes entendam a dinâmica de desenvolvimento da técnica, para então aplicá-lo com os objetivos da pesquisa. Após a realização do teste, tirado as dúvidas que possam surgir, iniciaremos a coleta de dados.

Para fins desse estudo será utilizada o termo indutor ***“violência de gênero contra as mulheres”***, onde os participantes receberam uma folha para escreverem até três (03) palavras que vinham a sua mente ao se evocar esse termo. Após a escrita foi solicitado que os participantes sinalizassem na mesma folha a ordem de importância de cada palavra, colocando o número 1 ao 3 após cada palavra. O número 1 foi o mais importante e o número 3 menos importante. Esta estratégia buscou hierarquizar os termos, por ordem de importância dada por cada participante. Este primeiro instrumento possui um conteúdo próprio, previamente estabelecido (APENDICE B) e foi aplicado pela própria pesquisadora.

4.4.2 Questionário para traçar o perfil

Logo após terem participado do TALP, os participantes no segundo momento respondiam a um questionário no intuito de traçar o perfil socioeconômico e demográfico e dados acadêmico e profissional dos participantes (APÊNDICE C). Esse instrumento serviu para captar o perfil e delimitá-los enquanto pertencentes a um grupo onde estão sendo elaboradas as representações sociais sobre o objeto estudado (Moscovici, 2012). Ele contém as seguintes variáveis:

- a) Perfil socioeconômico e demográfico contendo os seguintes dados: gênero, idade, cor/raça autodeclarada, religião, naturalidade, estado civil/conjugalidade, bairro onde mora, arranjo familiar, renda individual e familiar.
- b) Dados acadêmicos e profissionais: formação profissional, tempo de graduação, pós-graduação, tipo de pós-graduação, temática sobre violência de gênero contra as

mulheres na graduação/pós graduação, capacitação sobre a temática na Atenção Primária à Saúde, tempo de trabalho na ESF, tipo de vínculo, carga horária.

4.4.3 Entrevista individual de profundidade

Na terceira etapa, para produção dos dados, foi aplicada a técnica de entrevista individual em profundidade (APÊNDICE D), através de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas, que permitiu ao participante discorrer sobre os objetivos propostos no estudo, portanto, a aplicação desse instrumento possibilitou explorar sentidos e significações das enfermeiras e médicas frente à violência de gênero contra as mulheres.

Nessas duas primeiras etapas (TALP e Perfil) obteve-se 100 participantes, onde foi possível buscar um número correspondente dos dois grupos de pertença (enfermeiras e médicas) visando captar as aproximações das representações sociais. Para a terceira etapa referente a entrevista foi feita uma captação dos participantes que atuaram nas duas primeiras, porém através de busca aleatória. Foi levado em consideração a determinação de Oliveira (2000) para estudos de representações sociais através da técnica da entrevista e com relação ao quantitativo. A autora preconiza que para grupos homogêneos tenha-se um quantitativo mínimo de 30 sujeitos, já para grupos heterogêneos o quantitativo não deve ser menor que 40 a 50 sujeitos por segmento (Oliveira, 2000). O grupo de participantes deste estudo foi considerado heterogêneo (enfermeiras e médicas), e a quantidade de participantes entrevistados foi de 25 de cada grupo.

Todas as etapas ocorreram de forma individual, na unidade de referências do participante e em local privativo como salas, consultórios, assegurando tanto o sigilo como a privacidade dos participantes. As entrevistas foram numeradas e gravadas em celular, e posteriormente transcritas, sob o consentimento dos participantes. Para resguardar a identidade das participantes, foram utilizados códigos como Enf (Enfermeira) Enf1, Enf2, Enf3 ou Méd (Médicas) Méd1, Méd2, Méd3 e assim por diante, para identificar as entrevistas e ao mesmo tempo manter o sigilo.

4.5 Análise dos dados

Os dados produzidos em um estudo não respondem por si só às questões de pesquisa, é preciso analisá-los. A análise na pesquisa multimétodos é uma atividade árdua, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho duro, pois, tem como propósitos organizar, fornecer estrutura e obter significados dos dados (Polit & Beck, 2017).

Como estratégia metodológica para análise dos dados foi utilizada a triangulação, para

complementar e minimizar a subjetividade, aumentando, dessa forma, o critério de confiabilidade e credibilidade (Alves Mazzoti; Grewandsznajder, 2004).

A seguir, serão apresentados detalhes de como foi feita a análise, incluindo como os dados foram organizados, processados, esquematizados e categorizados.

A análise dos dados incluiu o material gerado por meio das respostas do questionário socioeconômico, demográfico, e dados acadêmico e profissionais a fim de caracterizar os participantes do estudo. Realizou-se uma análise quantitativa no *Software Excel 2016*, que, por sua vez, permitiu identificar quais aspectos se relacionam na construção da representação social dos grupos, inferindo sentido às respostas do TALP e nos discursos produzidos nas entrevistas individuais.

Os resultados foram organizados em quadros para a realização da descrição e análise das variáveis, dando um panorama dos perfis social, demográfico, econômico, acadêmico e profissional dos participantes.

Os dados provenientes do perfil socioeconômico e demográfico (dados numéricos) receberam tratamento estatístico simples, representados através de frequência simples ou absoluta (fi) e frequência relativa (fri), que apresentaram, como produto, informações estatísticas claras e objetivas que serão analisadas descritivamente, permitindo a caracterização dos entrevistados quanto ao grupo de pertença.

A técnica TALP produziu dados denominados de evocações, que foram analisados através da análise de matrizes do *Software IRAMUTEq®*. Os dados foram analisados de acordo com as palavras evocadas em uma planilha do Microsoft Excel 2016. Tal planilha foi desenvolvida pela pesquisadora, com o intuito de facilitar a tabulação dos dados na intenção de estandardizar a extração das informações.

Análise de matrizes do *Software IRAMUTEq®*, o qual realiza análise estatística das palavras segundo a frequência e a ordem média de evocação (O.M.E), servindo de base para a construção do quadro de quatro casas, construído a partir do cruzamento dos critérios referidos; as palavras mais frequentes e mais prontamente evocadas se localizam no núcleo central, e as palavras menos prontamente evocadas se localizam na periferia da representação.

O IRAMUTEq® é um software livre ligado ao pacote estatístico R para análises de conteúdo, lexicometria e análise do discurso. Foi desenvolvido pelo *Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales* (LERASS) da Universidade de Toulouse. Permite a emissão de dados estatísticos para uma posterior análise de evocações e análise de similitude.

No que diz respeito às evocações, o *software IRAMUTEq®* auxilia na disposição dos elementos de acordo com a combinação da frequência com a ordem de evocação das palavras,

proporcionando encontrar e analisar a estrutura das representações sociais; conhecer e compreender seu núcleo central, como também os sistemas periféricos.

Através da análise de matrizes do *Software* IRAMUTEq® permite identificar os elementos pertencentes, ao provável núcleo central da representação, bem como os elementos periféricos, a partir de dois critérios: a frequência média de ocorrência das palavras e o grau de importância atribuído a elas, por meio do lugar ocupado na ordem de evocação (Oliveira, 2001).

A categorização das evocações permitirá identificar estereótipos de pensamento frente ao termo indutor “violência de gênero contra as mulheres”, que fornecerá indícios de RS sobre o objeto estudado, e que virão a se confirmar com a triangulação dos dados.

Na terceira etapa de análise de dados, o material proveniente das entrevistas em sua forma semiestruturada, foram gravadas em formato digital, e foram submetidas à transcrição na íntegra, com leitura criteriosa, exclusão de palavras incorretas e vícios de linguagem. Em seguida as informações foram processadas pelo *Software* IRAMUTEq® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) que classificou os segmentos em função dos seus respectivos vocabulários, gerando a lexicografia. Desse modo, ficaram prontas para serem formatadas, rigorosamente, de acordo com as exigências do *Software* IRAMUTEq®.

O IRAMUTEq® foi desenvolvido por Pierre Ratinaud, baseado no software estatístico R, com a linguagem de programação de software Python. Acredita-se que o Interface R possa trazer contribuições expressivas como ferramenta no processamento de dados qualitativos das pesquisas em Enfermagem (Acauan *et al.*, 2020).

Desenvolveu-se inicialmente em idioma francês e posteriormente adicionou-se o vocabulário de língua inglesa, italiana, sendo utilizado no Brasil somente a partir do ano de 2013. O *software*, portanto, não é um método em si, mas uma ferramenta que favorece a análise pelo pesquisador através do processamento das informações e a sua recuperação do material analisado posteriormente (Camargo, Justo, 2016). A análise dos dados do IRAMUTEq® foram interpretados a luz do referencial Teórico do Estudo que são as RS.

O IRAMUTEq® é um software gratuito específico para dados qualitativos, com rigor científico, apoiando a análise de material verbal transcrito, ou seja, pode ser utilizado em vários tipos de textos com tais características. Ele é capaz de viabilizar diferentes tipos de análises de dados textuais e organizar a distribuição do vocábulo por meio da lematização, em que as palavras são buscadas e relacionadas por sua raiz, ignorando o seu tempo verbal, o gênero, plural, entre outras particularidades dos vocábulos (Acauan *et al.*, 2020).

As falas que emergiram da entrevista semiestruturada, foram transcritas, codificadas de acordo com o número das participantes. O corpus foi submetido a um refinamento para exclusão

de repetições vocabulares, agrupamento das palavras por aproximação semântica e composição de um dicionário. Em seguida as informações foram processadas pelo Software de Análise Textual IRAMUTEQ (versão 0.7 alpha 2) que classificou os segmentos em função dos seus respectivos vocabulários, gerando a lexicografia.

Os tipos de análises que podem ser feitos a partir do processamento do IRAMUTEq®: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidade de grupos (AFC); classificação hierárquica descendente (CHD); análise de similitude (AS) e nuvem de palavras (NP). Nesse sentido os dados textuais são organizados e distribuídos por vocábulos/palavras de forma facilmente compreensível e visualmente clara, por meio de gráficos, quadros e tabelas gerados pelo software que facilitam a inferência do pesquisador sobre seus dados por facilitar a exploração, busca e associação entre as palavras contidas no conteúdo dos textos (Acauan *et al*, 2020).

O software realizou o agrupamento das classes automaticamente a partir do vocabulário que contribuiu para formação de classes, selecionadas de acordo com valores do qui-quadrado (X²).

O *corpus* foi analisado segundo o método da Classificação Hierárquica Descendente/CHD, em que os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários, sendo que os conjuntos de vocabulários se formam de acordo com a frequência de aparição. Essa forma de análise pelo software transforma os textos em Seguintes de Texto (ST) que, além de apresentar vocabulários semelhantes entre si, exibe as diferentes palavras dos ST das outras classes. Desta forma, os dados textuais são organizados e distribuídos por palavras através de gráficos, quadros e tabelas, facilitando dessa forma a análise e exploração do pesquisador (Acauan, *et al*, 2020).

A análise lexical consiste em um tipo específico de análise de dados textual realizada sob comandos específicos com múltiplas possibilidades de processamento dos dados, que transforma os textos em segmentos de texto (ST). O IRAMUTEq® identifica, dessa forma, a frequência das palavras, cria um dicionário de formas ativas, suplementares e eliminadas.

Para que os objetivos de utilização do IRAMUTEq® sejam alcançados, o banco de dados constituído do corpus de análise (conjunto de textos) deve ser lido, corrigido e configurado pela pesquisadora visando à maior porcentagem de aproveitamento das palavras que compõem esse corpus. Considera-se um bom aproveitamento dos ST's 75%, sendo que alguns autores falam como mínimo aproveitamento 70% (Acauan *et al.*, 2020).

Nesse sentido, no estudo em tela, a identificação de cada grupo foi feita da seguinte forma: Grupo 1 - Enf; Grupo 2 – Méd. Por meio dos dados obtidos no questionário com as informações referentes ao perfil dos dois grupos de pertença, Grupo 1 (Enf) e Grupo 2 (Méd). As variáveis

foram: gênero, raça. Formação, temática na graduação e/ou PG ou APS, tempo na ESF. O quadro abaixo apresenta tais informações:

Quadro 5 – Descrição das variáveis e códigos para elaboração da linha de comando.

Variável	Código	Opções
Gênero	gen	F- feminino M- masculino
Raça	raç	B- branco N- negro (p-preto e pa-pardo)
Formação	for	E- enfermeira M- médico
Temática na graduação e/ou PG ou APS	tema	S- Sim N- Não
Tempo na esf	tempo	A - até 5 anos B - 5 anos ou +

Fonte: Silva e Queiroz, 2024.

Utilizou-se as variáveis descritas no quadro, para preparar o corpus textual, que foi processado pelo software de forma que, para cada grupo, os textos foram separados por linhas de comando. Essas linhas informam o número de identificação dos grupos, características específicas de cada grupo de pertença. As variáveis, são fundamentais ao delineamento da pesquisa (Camargo; Justo, 2016). Observa-se abaixo algumas linhas de comando dos grupos:

```
Grupo 1 (Enf):
**** *Ent_1 *gen_f *raç_pa *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_2 *gen_f *raç_b *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_3 *gen_f *raç_p *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_4 *gen_f *raç_b *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_5 *gen_f *raç_b *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_6 *gen_f *raç_b *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_7 *gen_f *raç_n *for_e *tema_s *tempo_a
**** *Ent_8 *gen_f *raç_p *for_e *tema_n *tempo_a
**** *Ent_9 *gen_f *raç_pa *for_e *tema_n *tempo_a
**** *Ent_10 *gen_f *raç_p *for_e *tema_s *tempo_a

Grupo 2 (Méd)

**** *Ent_1 *gen_f *raç_b *for_m *tema_n *tempo_b
**** *Ent_2 *gen_m *raç_pa *for_m *tema_n *tempo_b
**** *Ent_3 *gen_f *raç_b *for_m *tema_n *tempo_b
**** *Ent_4 *gen_f *raç_b *for_m *tema_s *tempo_b
```

```

**** *Ent_5 *gen_f *raç_b *for_m *tema_n *tempo_b
**** *Ent_6 *gen_f *raç_b *for_m *tema_n *tempo_b
**** *Ent_7 *gen_f *raç_pa *for_m *tema_s *tempo_b
**** *Ent_8 *gen_f *raç_b *for_m *tema_n *tempo_b
**** *Ent_9 *gen_f *raç_p *for_m *tema_s *tempo_b
**** *Ent_10 *gen_f *raç_b *for_m *tema_n *tempo_b

```

Por fim, utilizou-se a triangulação dos achados de todos os métodos aplicados no estudo, o que foi de grande valia para entendermos e associarmos os elementos estruturais e as gêneses das representações sociais.

O campo de representação foi configurado a partir das convergências e divergências dos resultados do questionário sócio econômico e demográfico e dados profissionais e acadêmicos, dos resultados do TALP e das entrevistas.

4.6 Aspectos Éticos

Durante todas as etapas foram obedecidos os aspectos éticos para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Para isso, foi submetido à apreciação do Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA (EEAN) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a autorização do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil, em atenção à Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e Resolução 580/2018 (BRASIL 2018). As respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento foi divulgado o nome dos participantes em qualquer fase do estudo.

Quando exemplificada determinada situação, a privacidade foi assegurada uma vez que o nome do participante foi substituído por um código. Os dados coletados somente foram utilizados nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Para organização das entrevistas foi utilizado Enf ou Méd dos participantes seguido do número de ordem da entrevista. Com esse entendimento, foi respeitado o sigilo, logo, as participantes não foram identificadas.

Ressalta-se que, toda pesquisa pode apresentar riscos. Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos e estão atrelados ao risco de constrangimento durante a conversa, cansaço ou até ficar muito emocionado ao ponto de não conseguir se expressar. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela sua integridade e pelo seu bem-estar, respeitando aspectos culturais, religiosos e sociais. No caso dessa pesquisa, os riscos são considerados menores, pois a entrevista não afeta sua integridade física, no máximo pode provocar um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelas questões que serão abordadas.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será incluem o favorecimento à

compreensão dos comportamentos de enfermeiras e médicas que fazem assistência aos casos de violência de gênero contra as mulheres, além de aumentar o conhecimento científico na área da enfermagem em Saúde da Mulher, além de proporcionar a reflexão a respeito da importância de considerar as representações sociais das enfermeiras e médicas frente a violência de gênero contra as mulheres. A partir disso, será possível a criação de estratégias de cuidado à saúde desse público específico.

Os dados da pesquisa serão guardados sob minha responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos e incinerado ou deletado após esse período de término da pesquisa. Como consta na resolução nº466/2012.

Também será facultado o direito de recusa à participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum ônus ao participante. Além disso, os participantes da pesquisa tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em duas vias. Vale ressaltar que os participantes não terão nenhum custo com sua participação bem como não receberão nenhum valor em troca. O custeio do estudo será inteiramente por conta da pesquisadora. O estudo só teve início após a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa que concederam os pareceres consubstanciados: Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital São Francisco de Assis/ UFRJ nº:5.836.016 e da Instituição Coparticipante Secretária municipal de Saúde nº 6.142.502.

Preta	13	26%	2	4%	15	15%
Parda	18	36%	17	34%	35	35%
Branca	19	38%	31	62%	50	50%
Religião						
Católica	18	36%	25	50%	43	43%
Evangélica	17	34%	7	14%	24	24%
Espírita	10	20%	6	12%	16	16%
Judia	-	-	1	2%	1	1%
Nenhuma	5	10%	11	22%	16	16%
Naturalidade(regiões brasileiras)						
Norte	-	-	2	4%	2	2%
Nordeste	3	6%	4	8%	7	7%
Centro Oeste	-	-	1	2%	1	1%
Sudeste	47	94%	43	86%	90	90%
Moradia (regiões do Rio de Janeiro)						
Zona norte	7	14%	2	4%	9	9%
Zona Sul	-	-	2	4%	2	2%
Zona Oeste	42	84%	45	90%	87	87%
Baixada Fluminense	1	2%	1	2%	2	2%
Conjugalidade						
Casado	25	50%	25	50%	50	50%
Solteiro com parceria	11	22%	9	18%	20	20%
Solteiro sem parceria	5	10%	10	20%	15	15%
Divorciado sem parceria	4	8%	3	6%	7	7%
Viúvo com parceria	1	2%	-	-	1	2%
União Estável	4	8%	3	6%	7	7%
Arranjo Familiar						
Casal com filho	19	38%	19	38%	38	38%
Casal sem filho	16	32%	6	12%	22	22%
Vive sozinho	2	4%	4	8%	6	6%

Vive com parentes	8	16%	20	40%	28	28%
Vive com filhos	5	10%	1	2%	6	6%
Renda Familiar em salários mínimos¹						
5 salários	21	42%	-	-	21	21%
6 a 8 salários	29	58%	5	10%	34	34%
9 ou mais	-	-	45	90%	45	45%
Renda individual em salários mínimos¹						
5 salários	43	86%	-	-	43	43%
6 a 8 salários	7	14%	16	32%	16	16%
9 ou mais salários	-	-	34	68%	34	34%

Fonte: Silva e Queiroz, 2024

Em relação ao gênero, percebe-se que 94% do grupo 1 e 82% do grupo 2 apresentam predominância do gênero feminino. Vale ressaltar que no formulário utilizado para o perfil, o item gênero estava em aberto para que os participantes pudessem preencher conforme o desejo, mas todos os 100 participantes (100%) preencheram apenas com os termos masculino ou feminino, ressaltando o forte binarismo ainda presente em nossa sociedade.

De acordo com a OMS (2010), até 2030, o número de mulheres no mundo será de aproximadamente 1,2 bilhão. Já o censo demográfico brasileiro de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destaca que as mulheres são a maioria em todas as regiões do Brasil. O país tem uma população residente de 203.080.756, sendo que deste total, 104.548.325 (51,5%) são mulheres e 98.532.431 (48,5%) são homens, o que significa que existe um excedente de 6.015.894 mulheres em relação ao número de homens. O IBGE (2024) considera, para fins de registro, o sexo biológico do indivíduo atribuído no nascimento.

Os profissionais de saúde têm sido apontados pela literatura como majoritariamente feminina (Scheffer et al, 2018). Os resultados que encontramos corroboram com esse dado tanto na literatura nacional (Boniol, 2019) como na internacional (Lima et.al 2022) sobre a participação das mulheres na área da saúde, pois a cada dia mais, vem sendo a grande maioria da força de trabalho nessa área. Inclusive, alguns autores como Scheffer et. al (2018, p.36) demonstram um processo da “feminização” da medicina, que historicamente, era de domínio masculino.

Em relação à idade, os participantes tinham entre 25 a 66 anos, sendo que a maioria estava entre 25 a 34 anos, com 53% da amostra, seguida de 35 a 44 anos com 27%,

demonstrando ser um percentual significativo de adultos jovens atuando na ESF da AP 40.

Entre os participantes de ambos os grupos, quando analisado o quesito raça/cor autodeclarada, tanto a raça/cor branca como a raça/cor negra, composta pelas pretas e pardas, apareceram igualmente, com 50% respectivamente. No entanto, quando analisado por grupo de pertença, verifica-se uma diferença significativa: o grupo 1, de enfermeiras, apresenta 62% da raça/cor negra, enquanto, a raça/cor branca apresentou 62% no grupo 2, referente as médicas.

Essa diferença racial nos cursos da saúde é histórica, pois nas faculdades de medicina o maior quantitativo era de homens brancos, ricos e de classe média alta. Com o passar dos anos, o processo de construção e evolução desse conhecimento médico sobre corpos negros foi sendo modificado, mesmo que ainda de forma muito incipiente, pois o Brasil ainda sustenta um legado pós-colonial de iniquidades socioeconômicas e raciais no acesso às universidades. (Correa, 2022).

Com isso, vale destacar que o Brasil continua sendo um país onde persistem muitas barreiras socioeconômicas e raciais para acesso à formação médica. Ainda que o Brasil seja, equivocadamente, considerado uma democracia racial, pessoas negras, povos indígenas e aqueles de baixo status social são os mais afetados por tais dificuldades de acesso às universidades, mesmo com a presença de cotas universitárias.

As cotas universitárias no Brasil foram instituídas pela Lei 12.711, sancionada em 29 de agosto de 2012 pela presidenta Dilma Rousseff, que teve como intuito minimizar esse cenário desigual. A lei garante a reserva de 50% das vagas nas universidades e institutos federais para estudantes de baixa classe social, povos indígenas e pessoas negras. (Souza et al 2020). No entanto, antes mesmo da lei, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi a primeira do país a adotar o sistema de cotas para estudantes de escolas públicas e pessoas negras ou pardas, em 2004. Um outro ganho foi a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2017) que tem o compromisso firmado no combate às desigualdades. Entretanto, mesmo com alguns avanços políticos e sociais, muito ainda precisa ser feito para minimizar o problema do racismo estrutural em nossa sociedade.

No caso do Brasil, entre os anos de 2000 e 2010, houve um aumento de aproximadamente 8% na parcela dos trabalhadores da enfermagem que se reconheceram como negros (pretos + pardos), o que representa um fenômeno social carregado de simbolismo, pois reflete movimentos de mobilidade social e inclusão em espaços, até então ocupados somente por pessoas brancas. (Marinho *et.al.*, 2019).

Historicamente, a população negra tem sido negligenciada, e sempre ocupou posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, pois somente a partir dos anos 1990, o Brasil passou a reconhecer a diferença racial como um dos fatores de desigualdade

social (Araujo, 2009). Assim, Heringer (2002) e Valverde e Stocco (2009) ressaltam a importância da reserva de vagas para não brancos nas universidades, como uma estratégia para que essa população acesse espaços de poder, levando outra ótica sobre o problema racial no Brasil.

Quanto ao aspecto religioso, o percentual dos dois grupos foi de 43% de católicos, seguido de 24% de evangélicos, no entanto, ressalta-se que 16% relataram não pertencer e/ou não seguir nenhuma religião. Quando avaliados por grupo de pertença, o grupo 1 apresenta 36% de católicos e 34% de evangélicos, enquanto no grupo 2, 50% são católicos e, somente 14% de evangélicos, demonstrando um maior percentual de religiões protestantes na categoria profissional da enfermagem.

A religião é um elemento importante nos estudos de representação social, uma vez que, possui impacto no comportamento social, como nas sexualidades, na reprodução e nas desigualdades de gênero (Coutinho & Miranda-Ribeiro, 2014). Segundo Cesarino, (2020) a religião traz influência na vida das pessoas, nos seus comportamentos, hábitos e, até nas escolhas políticas.

No que concerne a naturalidade dos entrevistados, analisando por regiões brasileiras, evidencia-se a hegemonia de participantes da região sudeste (90%), especialmente, do Rio de Janeiro, o que se deve pela referida pesquisa estar sendo desenvolvida nessa região brasileira, não apresentando diferença por grupo de pertença.

Quanto a análise sobre o bairro de moradia, a maior concentração dos participantes reside na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro com 87%, também não apresentando diferença pelos grupos de pertença. Considera-se essa região com maior porcentagem por ser a mesma área programática da pesquisa.

Com relação a conjugalidade, foi possível perceber que do total de profissionais entrevistados, 50% das médicas e 50% das enfermeiras são casados e mais 6% de médicas e 8% de enfermeiras vivem em união estável, demonstrando assim, um número significativo de participantes que moram com suas parcerias. Logo em seguida, o estudo apresentou 20% de solteiros com parcerias, ou seja, com namorados ou noivos.

Quando foram abordados em relação ao arranjo familiar, ambos os grupos apresentam 38% de casal com filhos, seguida de moradia com parentes com 28%, sendo os parentes mãe, pai, irmãos, avós e tios. Ao comparar os grupos, verifica-se que o maior percentual continua sendo de casal com filhos com 38% respectivamente, no entanto, o arranjo familiar de casal sem filhos apresenta maior porcentagem no grupo 1 com 32% e no grupo 2, 40% moram com parentes, o que significa que um grupo significativo de médicas ainda moram com os pais, irmãos e avós.

Sim	47	94%	32	64%	79	79%
Não	3	6%	18	36%	21	21%
Temática da Violência de gênero contra as mulheres na graduação						
Sim	23	46%	16	32%	39	39%
Não	27	54%	34	68%	61	61%
Temática de Violência de gênero contra as mulheres na pós graduação						
Sim	29	58%	22	44%	51	51%
Não	20	40%	16	32%	36	36%
Não se aplica	1	2%	12	24%	13	13%
Capacitação sobre o tema na APS						
Sim	20	40%	10	20%	30	30%
Não	30	60%	40	80%	70	70%
Tempo de atuação na ESF						
até 5 anos	26	52%	25	50%	51	51%
6 anos a 10 anos	8	16%	17	34%	25	25%
Acima de 10 anos	16	32%	8	16%	24	24%
Possui outro vínculo empregatício						
Sim	7	14%	23	46%	30	30%
Não	43	86%	27	54%	70	70%
Carga horária semanal de trabalho na ESF						
20 Horas	-	-	16	32%	16	16%
40 Horas	50	100%	34	68%	84	84%

Fonte: Silva e Queiroz, 2024.

De acordo com o tempo de formação na graduação, verifica-se que 55% dos participantes apresentam mais de 5 anos de formados, mas ao analisar os grupos de pertença é possível perceber que 78% das enfermeiras (grupo 1) possui menos tempo de graduação com até 5 anos, enquanto as médicas (grupo 2), com 88%, estão formados há mais de 5 anos.

Sobre a formação complementar, verifica-se que ambos os grupos (87%) apresentam curso de pós-graduação. Ao comparar os grupos, constata-se que 98% do grupo 1 e 76% do grupo 2, são pós-graduados, ou seja, as enfermeiras apresentam mais cursos de especialização que as médicas. Quanto ao tipo de pós-graduação, o maior percentual foi de cursos Lato Sensu, com 86%, tendo apenas um participante do grupo 2 com pós-graduação Stricto Sensu - mestrado. Quanto ao curso de especialização, verifica-se que 94% do grupo 1 e 64% do grupo 2, são especialistas na área da saúde da família, demonstrando assim, que as enfermeiras são em maior número especialistas na área em que trabalham.

Ressalta-se que 80% dos profissionais entrevistados, em ambos os grupos, possuem mais de uma especialização como, por exemplo, saúde do trabalhador, dermatologia, obstetrícia, emergência, pediatria, saúde mental, dentre outras.

Na última década, observou-se uma grande expansão dos cursos de pós-graduação em saúde da família. Esta ampliação ocorreu, impulsionada pela Política Nacional de Atenção Básica e pela consequente expansão de cobertura da ESF em todo território brasileiro (Brasil, 2011). Pensar na ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial, sinaliza a ruptura com as práticas convencionais e hegemônicas de saúde e a adoção de novas tecnologias de trabalho, necessitando assim, capacitação para essa atuação. (Fernandes, 2004). Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (Cotta, 2002)

O perfil de enfermeiras atuantes na ESF sofreu muitas modificações comparadas a categoria das médicas, desde sua implementação, pois na atualidade para atuar na ESF, a enfermeira precisa obter alguns pré-requisitos, e um deles, é além de ter experiência prática, ter cursado especialização na área. Essa modificação se deu devido à necessidade de muitas competências específicas para as enfermeiras que atuam na ESF, precisando ser qualificada para atuar efetivamente na consolidação dos princípios do sistema de saúde vigente, sobretudo nas atividades gerenciais, assistenciais e educativas, que requerem sistematização e comprometimento com necessidades individuais e coletivas. Portanto, este profissional requer mobilização de competências constantes para sua prática com vistas à consolidação, ampliação e transformações das UBS. (Lowen, 2015).

A criação de novos cursos de especialização em saúde da família, pós-graduação, mestrado e/ou doutorado, e também a prova de titulação realizada pela Sociedade Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade, com apoio do Departamento de Atenção Primária à Saúde, vêm contribuindo para a presença de alguns especialistas médicas atuantes no município, mas o quantitativo ainda é muito pequeno, pois não é uma exigência médica para atuar na ESF (SBMFC, 2006; 2007).

Ao analisar se a temática violência de gênero contra as mulheres foi abordada na graduação, 61% dos profissionais referiram não ter esse tema discutido durante a sua formação. No entanto, ao analisar por grupo de pertença, o grupo 1 teve 46% das enfermeiras relatando ter esse tema na graduação, enquanto, o grupo 2, 32% fizeram essa afirmativa.

Quando a análise foi feita sobre a abordagem desse tema na pós-graduação, obteve-se um resultado melhor, com um total de 51% dos profissionais relatando ter abordagem do tema da violência de gênero contra as mulheres. Além disso, foi perguntado se os profissionais tiveram capacitação sobre a temática na APS e apenas 30 % relatam que sim, sendo que o maior percentual se encontrou nas entrevistadas do grupo 1, com 40%, enquanto, 80% do grupo 2 refere não ter tido capacitação sobre a temática. Esses dados demonstram que as enfermeiras têm discutido mais sobre a violência de gênero contra as mulheres do que a categoria médica

Uma outra análise feita, foi o tempo de atuação dos profissionais na APS, cujo 51% dos profissionais atuam até 5 anos, ou seja, apresentam pouco tempo de atuação na área. Todavia, um percentual significativo do grupo 1, com 32%, apresentam acima de 10 anos de atuação e do grupo 2, com 34%, de 6 a 10 anos. Vale ressaltar que, os estudos da APS, ressaltam que se faz necessário para melhorar o fortalecimento e vínculo longitudinal com os usuários, que os profissionais estejam atuando a bastante tempo nas equipes da APS (Kessler, 2019), fato que mais da metade dos entrevistados não apresentou esse tempo.

A longitudinalidade dos profissionais tem sido considerada característica central e exclusiva da APS. Trata-se do acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do usuário, o que só se constrói com o tempo. O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (Cunha e Giovanella, 2011).

Dando continuidade ao perfil profissional, foi possível avaliar se os entrevistados possuem outro vínculo empregatício, o que se mostrou com 30% dos profissionais apresentando outros vínculos, sendo que, o maior percentual está no grupo 2 com 46%, ao passo

que, o grupo 1 com 86% atua, exclusivamente, na ESF. Dentre os outros vínculos, foram citados hospitais públicos e privados, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), preceptoria da residência, dentre outros.

Quando avaliado sobre a carga horária semanal na ESF, observa-se que 32% das médicas (grupo 2) atua 20 h semanais, enquanto 100% das enfermeiras atuam com 40 h semanais. Esse fato se deve pela opção de 20 h semanais ser ofertada apenas para a categoria das médicas, como citado anteriormente, todos os outros profissionais atuantes na APS trabalham 40 h semanais.

Para tentar manter um dos atributos da APS, que é a longitudinalidade, foi criada essa opção de 20 h semanais para as médicas, a fim de manter o profissional na ESF, criando vínculo com os usuários e diminuindo a rotatividade das médicas. Além disso, o Ministério da Saúde vem realizando encontros, debates e seminários para propor a fixação de profissionais na estratégia e em áreas remotas e de difícil acesso, fato que é um grande desafio, principalmente, na categoria médica (Brasil, 2011).

CAPÍTULO 6 - ABORDAGEM ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

6.1 Estrutura e organização das representações sociais da violência de gênero contra as mulheres construída pelas enfermeiras e médicas

A abordagem estrutural compreende a representação social como um sistema sociocognitivo que é ao mesmo tempo rígido e flexível, estável e mutável, composto em sua estrutura por elementos hierarquizados e organizados em dois sistemas internos, complementares e com diferentes funções que são os sistemas central e periférico (Sá, 2002).

Na pesquisa em tela, para conceber esses sistemas, fez-se necessário o uso da Técnica de Associação Livre de Palavras/TALP, o preparo do *corpus* a partir dos elementos prontamente evocados pelas 100 participantes sendo 50 enfermeiras e 50 médicas em resposta ao termo indutor “violência de gênero contra as mulheres” e por fim, a análise de matrizes pelo *Software* IRAMUTEq®

Para analisar o material evocado, inicialmente, realizou-se uma leitura flutuante do *corpus* a fim de homogeneizar o material. Unificaram-se as formas singular/plural e masculino/feminino, bem como se retiraram as acentuações. Esse primeiro procedimento é essencial para limpeza e clareza do material, que, posteriormente, foi processado de forma uniforme pelo *software*.

O total de palavras evocadas constituiu um dicionário com 300 palavras, sendo que destas 141 foram palavras diferentes. A média de frequência (Fm) de evocação neste estudo foi de 13 e a média das ordens média de evocação (OME) foi igual a 2. Estes parâmetros quando combinados possibilitam a distribuição dos diferentes elementos em um gráfico de dispersão oriundo do cruzamento das linhas relativas às Fm e OME, cuja divisão em quatro quadrantes indica os elementos que formam os sistemas central e periféricos (Santos, Tura & Arruda, 2013).

Desta forma, os elementos com $Fm \geq 13$ e $OME < 2,0$ sugerem pertencer ao núcleo central da representação social. Já as palavras com $Fm < 13$ e $OME \geq 2$ constituem o quadrante oposto ao núcleo central, formado pelo sistema periférico. O sistema de transição entre o núcleo central e periférico é denominado de sistema intermediário.

O Quadro 6 reproduz as informações dos sistemas central, periférico e intermediário, considerando as palavras evocadas, a frequência simples de cada evocação, a Fm e a OME, de acordo com a Teoria do Núcleo Central.

Quadro 6 - Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizadas pelas enfermeiras e médicas ao termo indutor “Violência de gênero contra as mulheres”. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.2024.

Elementos do núcleo central Frequência média (Fm) ≥ 13 Ordem Média de Evocações (OME) < 2,0 Prontamente evocados + alta frequência			Elementos da 1ª periferia Frequência média (Fm) ≥ 13 Ordem Média de Evocações (OME) ≥ 2,0 Tardiamente evocados + alta frequência		
Elementos	FM	OME	Elementos	FM	OME
Machismo	23	1.8	Vulnerabilidade	15	2.2
Preconceito	22	1.7	Raiva	13	2.2
Justiça	19	1.9			
Elementos da zona de contraste Frequência média (Fm) < 13 Ordem Média de Evocações (OME) < 2,0 Prontamente evocados + baixa frequência			Elementos da 2ª periferia Frequência média (Fm) < 12,74 Ordem Média de Evocações (OME) ≥ 2,0 Tardiamente evocados +baixa frequência		
Elementos	FM	OME	Elementos	FM	OME
Covardia	10	1.9	Acolhimento	12	2.2
Trabalho	6	2	Direito	12	2.5
Mulher	6	2	Violência	12	2.2
			Medo	11	2.4
			Agressão	11	2.4
			Desamor	10	2.2

Fonte: Silva e Queiroz, 2025.

A análise prototípica identificou os prováveis elementos constituintes da estrutura da representação que serão descritos a seguir. O quadrante superior esquerdo é formado pelos elementos possivelmente centrais, quais sejam em ordem decrescente de frequência: **Machismo, Preconceito, Justiça**. Esses constituem-se nos principais elementos, por terem sido prontamente evocados e com maior frequência. Caracterizam a parte dura da representação, menos sensível a mudanças, em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos. Os elementos centrais não são pensados por uma minoria dissidente dentro do grupo, mas por uma boa parte do grupo e é no sistema central que se encontra a objetivação da representação (Sá, 2002). Tais elementos estão relacionado à memória coletiva, dão significados, consistência e permanência à representação.

Com base nesses resultados apresentados no Quadro 6, o termo mais evocado

Machismo, apresentou uma frequência de 23, sendo a mais elevada de todos os quadrantes que compõe o Quadro de 4 casas. Apresentou também, uma OME com 1,8, indicando que foi o elemento mais prontamente evocado entre os demais que compõe o núcleo central.

O segundo termo mais evocado foi **Preconceito** com uma frequência de 22 e a OME de 1,7, indicando ser também um elemento com alta frequência. A palavra **Justiça** apresentou a terceira maior constância entre os participantes, exibindo uma frequência de 19 e OME 1,9.

Assim, **Machismo e Preconceito** constituem os principais elementos por terem sido prontamente evocados e com maior frequência. Nesse contexto, esses termos parecem caracterizar a parte estável da representação da violência de gênero contra as mulheres na perspectiva das participantes do estudo.

Em continuidade ao processo de análise do Quadro 6, o quadrante superior direito, denominado de 1º periferia é formado pelos termos **Vulnerabilidade e Raiva** que parecem trazer a elaboração do objeto estudado em sua diversidade. Essas palavras evocadas pelas enfermeiras e médicas, permitem dar visibilidade à várias singularidades, multiplicando seus conteúdos e estabelecendo sentidos ao fenômeno estudado.

Quanto aos elementos do quadrante inferior direito, cuja representação pode se ancorar na falta de rede de apoio, esses constituem o sistema periférico. O sistema periférico permite a integração das experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo; é flexível, evolutivo e sensível ao contexto imediato e apresenta as contradições. Sua função permite adaptação à realidade concreta, a diferenciação do conteúdo e protege o sistema central (Sá, 2002). A junção dos sistemas central e periférico constitui um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, ou seja, as representações sociais. Nesse contexto, os elementos **acolhimento, direito, violência, medo, agressão e desamor**, encontram-se no sistema periférico nesse estudo, indicando a gama de conteúdos e sentidos atribuídos pelas enfermeiras e médicas frente a violência de gênero contra as mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Não dá para descartar a importância dos elementos periféricos no processo de estruturação e de organização da representação social, o sistema periférico e sistema central se complementam. O segundo é o lado duro, rígido, estável, coerente e o primeiro é a parte flexível, evolutiva, sensível ao contexto imediato na formação das representações sociais.

O quadrante inferior esquerdo é denominado de Zona de Contraste devido a possibilidade de existência de subgrupos com representação social distinta do grupo geral. A Zona de Contraste abrangeu termos enunciados por poucos sujeitos, mas avaliados como importantes para eles. Nesta investigação foi composta pelos elementos: **Covardia, Trabalho e Mulher**.

está articulada com os termos *covardia, infidelidade, angústia, solidariedade e acolhimento*. Nessas associações, pode-se perceber que os termos **Preconceito e Machismo** estão fortemente ligados, através de um traço grifado fortemente (Figura 4).

6.2 Analisando os conteúdos que estruturam as representações sociais das enfermeiras e médicas acerca da violência de gênero contra as mulheres

Conhecer uma representação pressupõe investigar o que pensam, por que pensam e como pensam os indivíduos. As representações funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social e vai determinar seus comportamentos e suas práticas (Moscovici, 2015).

Nessa perspectiva, toda representação está organizada em torno de um núcleo central que é seu elemento fundamental e é ele quem determina sua significação e sua organização.

O núcleo central tem a função de criar um significado, atribuir sentido e valor aos elementos constitutivos da representação além disso, tem a função de unificar e estabilizar a representação (SÁ, 2002). Os elementos periféricos estão ao redor do núcleo central com as funções de concretização, regulação e defesa.

Com isso, como apontado nos resultados verifica-se que o termo **Machismo**, elemento do quadrante superior esquerdo, parece apresentar uma dimensão explicativa e simbólica da representação social da violência de gênero contra as mulheres. Esse termo impõe condições sociais injustas, pois traz um contexto histórico e social de submissão e julgamento para as mulheres. O machismo tem legitimado relações assimétricas entre homens e mulheres e uma subalternidade que dificulta a autonomia social, política e econômica da mulher (Amir-Ud-Din, et al., 2021; Fernandes & Natividade, 2020).

O machismo configura-se como uma construção histórica, social e cultural que organiza e legitima relações desiguais entre homens e mulheres, fundamentado em um sistema patriarcal. Normalmente, ele se expressa por meio de práticas, discursos, representações simbólicas e instituições que naturalizam a hierarquia de gênero e sustentam a supremacia masculina em diferentes esferas da vida social (Gurski, 2024).

Essa lógica de dominação ultrapassa o âmbito das relações interpessoais, constituindo-se como um dispositivo de poder que orienta normas, valores, leis e, até políticas públicas, reproduzindo desigualdades materiais e simbólicas, que trouxe uma forte influência na representação social sobre a violência de gênero contra as mulheres pelas participantes do estudo.

Do ponto de vista conceitual, o machismo não deve ser compreendido apenas como uma

atitude individual ou um preconceito isolado, mas como uma estrutura que se articula a sistemas mais amplos de opressão, tais como o racismo, a colonialidade e a desigualdade de classe. A sua força reside justamente na capacidade de naturalizar papéis de gênero, legitimando a violência física, psicológica, econômica e institucional contra as mulheres e dissidências sexuais. (Machado, 2024)

A estrutura das representações sociais a partir das conexões estabelecidas entre os termos evocados parece ancorar a VGCM no machismo histórico e culturalmente imposto na sociedade, reproduzido na educação familiar, que gera relações de poder e desrespeito à mulher. Nessa linha de raciocínio, o **Machismo** explica e justifica a existência da violência de gênero contra as mulheres para as enfermeiras e médicas da Atenção Primária à Saúde. De acordo com Moscovici (2015), as representações sociais possuem funções fundamentais que orientam a forma como os indivíduos e os grupos dão sentido à uma realidade, sendo uma dessas funções a dimensão justificatória, pela qual os sujeitos recorrem às representações para entender fenômenos sociais, legitimar condutas, práticas e posicionamentos diante de situações específicas. A representação funciona, portanto, como um recurso simbólico que confere racionalidade, coerência e aceitabilidade a determinados fenômenos, mesmo quando estas possam estar marcadas por desigualdades ou preconceitos.

Ainda frente a análise do termo **Machismo**, verifica-se que na análise de similitude, forma-se uma imagem estralar com os termos **preconceito, parceiro, solidão e mulher** que nos mostra que o machismo se manifesta como um preconceito de gênero enraizado em construções sociais que hierarquizam homens e mulheres. Nesse sentido, pode-se entender a forte ligação entre esses dois termos **Machismo** e **Preconceito**, reforçando estereótipos e discriminações contra as mulheres, desvalorizando sua capacidade e restringindo suas escolhas e naturalizando desigualdades.

No âmbito das relações afetivas, o termo **parceiro** pode reproduzir as práticas machistas dos homens sobre a mulheres, pois quando permeado pelo machismo, o relacionamento tende a apresentar controle, desigualdade de poder, ciúmes e vários tipos de violência. Frente a essa análise, um estudo realizado em 2024 na América Latina corrobora com os achados dessa pesquisa, pois revelam que as principais causas desse problema são as desigualdades de gênero, a cultura machista, o preconceito e a falta de educação em direitos humanos, que perpetua a violência contra as mulheres. (Sarango; Camposano; Cúchula, 2024).

A prevalência da violência de gênero na América Latina é significativamente maior do que em outras regiões do mundo. (CEPAL, 2023). Por exemplo, no Peru, 53,8% das mulheres vivenciam algum tipo de violência psicológica, física ou sexual. Dos diferentes tipos de

violência relatados, a violência psicológica é a mais comum, afetando 49,3% das mulheres, seguida pela violência física (27,2%) e da violência sexual (6,5%). (INEI, 2024)

É possível identificar que o **machismo** também se relaciona à **solidão**. Muitas mulheres enfrentam afastamentos e exílios ao vivenciar relacionamentos abusivos. Essa solidão não é apenas afetiva, mas também social, pois envolve exclusões e julgamentos sociais. Nesse contexto de falta de rede de apoio, muitas mulheres que vivenciam esse fenômeno podem apresentar maiores índices de depressão e ideação suicida, quando comparadas a mulheres não-vítimas (Martínez & Canetti, 2019). As práticas e discursos machistas impactam na autonomia, segurança, liberdade e saúde emocional das mulheres. Sobre esse assunto, Mattar (2020) ressalta que, na própria formação da psicologia no Brasil, na maior parte do século XX, as questões como depressão, isolamento, medo, ligadas a violência de gênero eram ignoradas, normalmente eram essas questões eram atribuídas as explicações patologizantes de outras fontes.

A solidão ligada a violência de gênero pode ainda ser explicada pelos sentimentos de desconexão, exclusão e medo, que acaba por agravar o sofrimento psicológico e dificulta a busca por proteção e apoio (Sant'Anna, 2023). Com isso, a solidão precisa ser considerada um aspecto central nas políticas e práticas de enfrentamento à violência contra mulheres, incluindo estratégias de acolhimento, apoio social e fortalecimento dos vínculos afetivos como parte das intervenções em saúde.

O elemento **Preconceito**, que emergiu também no núcleo central, apresentou uma dimensão cognitiva e também explicativa da violência de gênero contra as mulheres, ligada aos conceitos fortemente salientes no grupo, permitindo que façam explicações relativos ao objeto estudado.

Desse modo, também pode-se entender esse termo, como algo usualmente incorporado e acreditado em nossa sociedade, sendo uma mola central e reprodutora da violência.

Farias (2021) aponta em seu estudo que o preconceito que opera em relação ao sexo feminino, decorre das interpretações construídas por uma sociedade essencialmente patriarcal e machista, que definiu as mulheres como subordinadas, inferiores e menos qualificadas que os homens. Esses eixos estipulados pela sociedade, deram ensejo aos fortes atos discriminatórios, que, por sua vez, incitam e desenvolvem uma falsa percepção de permissibilidade em relação aos tratos violentos com as mulheres.

Para Jodelet (2001), as representações sociais constituem formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas, que orientam pensamentos e condutas e comunicam sentidos. No interior desse processo, a dimensão cognitiva ocupa um papel central, pois diz respeito ao conjunto de processos mentais, esquemas e categorias por meio dos quais os indivíduos organizam, classificam, explicam e interpretam a realidade. Nessa ótica, o caráter

cognitivo das representações não se limita a um processo individual de apreensão da realidade, mas está ligado ao contexto social, cultural e histórico em que os sujeitos se encontram. O conhecimento gerado não é neutro, mas marcado por valores, crenças e ideologias que orientam as formas de pensar, sentir e agir em sociedade.

Dessa forma, fica evidente que os termos **Machismo** e **Preconceito** exercem certa centralidade e organização dentro das representações sociais das enfermeiras e médicas acerca da violência de gênero contra as mulheres, como algo estruturante do pensamento social destes segmentos. Os dois termos indicam uma dimensão única estruturadora dessa representação, aquela afeita ao conhecimento reificado que se correlaciona a uma questão cultural, parte de uma sociedade patriarcal e misógina.

Ao descrever as relações sociais, Moscovici (2012a) teoriza o **Machismo e Preconceito** como fator de crença e de memória coletiva da representação social, tratando-se de fenômenos históricos e estruturais de desigualdade de gênero, enraizado em um sistema de poder, no patriarcado como forma de organização social. A discriminação contra as mulheres pode ser compreendida como o resultado de um processo histórico-cultural que combina fatores estruturais e simbólicos. Estudo de Bourdieu (2019) aponta que a desigualdade de gênero contra as mulheres é historicamente sustentada por práticas sociais e culturais que reforçam o machismo como forma de dominação masculina.

O elemento **Justiça** mostra o conhecimento que as enfermeiras e médicas tem em relação à importância desse elemento acerca do acolhimento prestado as mulheres que vivenciam a violência de gênero. O olhar sobre a cultura machista e patriarcal brasileira revela posturas de legitimação e banalização de tais violências que legislações, como a Lei Maria da Penha, buscam superar. Esta lei, mesmo tendo quase 20 anos, traz inovações jurídicas e processuais que pretendem empreender mudanças legais, políticas e culturais na afirmação dos direitos humanos das mulheres. No entanto, como afirma Volante & Cardin (2023), apesar dos avanços que a Lei Maria da Penha vem trazendo ainda existem desafios significativos quanto ao acesso à justiça para as mulheres, o que exige esforços contínuos e adaptativos para garantir a proteção dos direitos da personalidade e o efetivo acesso à justiça.

A **Justiça** aparece como um papel central como instância de responsabilização e proteção, apesar de se mostrar limitada nos casos de violência de gênero contra as mulheres, ela se faz necessária como uma possibilidade de transformação social que precisa questionar os fundamentos desse tipo de violência. A ligação ainda com os termos **covardia e infidelidade** podem ser explicadas pautada nas desigualdades de gênero, violação dos direitos humanos e dominação masculina, que perpetua e reforça o patriarcado e a falta de justiça sobre a violência contra as mulheres.

Frente a essa análise, observa-se que os elementos que compõem o possível núcleo central estão assentados na dimensão simbólica, explicativa e cognitiva do fenômeno da violência de gênero contra as mulheres. A presença dos termos **Machismo, Preconceito e Justiça** correspondem a uma pesada carga de julgamentos e valores negativos que ancoram esse fenômeno nas questões das desigualdades de gênero.

Quanto a **Vulnerabilidade**, elemento da 1ª periferia, verifica-se que é um termo recorrente em estudos que tratam da violência de gênero contra as mulheres, que parece apresentar uma dimensão explicativa desse fenômeno.

As mulheres são frequentemente estigmatizadas como indivíduos vulneráveis que necessitam de proteção, colocando-as em posição de subordinação e abuso (Catuogno, 2020). Essas dinâmicas não apenas perpetuam a violência, mas também geram consequências graves para a saúde mental, como isolamento social e exclusão de espaços públicos (Salvador et al., 2024). Sabe-se que o problema da violência por parceiro íntimo “reside mais em aspectos culturais, em questões de poder e gênero” (Lara et al., 2019, p. 3).

A violência de gênero contra a mulher está associada às vulnerabilidades individuais e sociais, como a dependência financeira, a falta de acesso a serviços de proteção, a desigualdade no mercado de trabalho e a naturalização das relações hierárquicas de gênero, que criam um ciclo de exclusão e subordinação. (Oliveira et.al 2022). A dependência econômica, a desigualdade no mercado de trabalho, a divisão sexual do trabalho e a responsabilização quase exclusiva pelo cuidado familiar produzem condições que fragilizam a autonomia feminina, levando as mulheres a situações de vulnerabilidade às violências de gênero. Nesse contexto, pode-se entender a representação da violência de gênero contra as mulheres ancorada na vulnerabilidade, que pode ser compreendida como resultado de um sistema social e cultural que legitima desigualdades de gênero e naturaliza práticas violentas contra as mulheres.

Ainda como elemento da 1ª periferia, surgiu o termo **raiva** que parece ter aproximação com os elementos da 2ª periferia como **medo, agressão, desamor**, pois esses termos emergem como dimensão afetiva da RS, apresentando sentidos negativos frente a situação de violência de gênero contra mulher. Tais sentimentos podem indicar a exposição das mulheres que vivenciam a violência de gênero e procuram o serviço de saúde.

Estudos recentes indicam que dificuldades de regulação emocional (raiva não modulada, hostilidade) e emoções experimentadas pelas mulheres que vivenciam a violência de gênero (medo, vergonha, sensação de desamor) podem atuar como mecanismos que potencializam e mantêm a violência de gênero, gerando sofrimento para as mulheres e, até para os profissionais que as atende. (Maloney et al., 2023; Puente-Martínez, 2024).

Esses resultados apontam que os profissionais constroem o saber sobre o fenômeno estudado estabelecendo relações com o campo emocional.

Dos constructos concebidos por Moscovici e outros autores sobre a representação social, tem-se a dimensão prática, que é aquela que orienta a tomada de atitude frente ao objeto. Por sua relação com a linguagem, com a ideologia, com o imaginário social e, principalmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações sociais constituem elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem em processos que envolvem a saúde e a vida das pessoas. Nesse sentido, os termos **acolhimento, direito e trabalho** parecem indicar dimensões práticas frente ao cotidiano profissional de quem atende essas mulheres.

A violência está presente na atual conjectura social, caracterizando-se como uma demanda de saúde pública que precisa ser compreendida e percebida como um processo decorrente de um todo, enfatizando a necessidade de reflexões, pesquisas e ressignificação de práticas profissionais no cotidiano, principalmente, na Atenção Primária à Saúde, que é considerada a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho e o atendimento devem quebrar barreiras para possibilitar acolhimento adequado, bem como a garantia dos direitos dessas usuárias, visto que a violência contra as mulheres ainda é um assunto com muitos tabus e de difícil abordagem profissional (Castanha, 2022).

Segundo Silva (2017) a Atenção Primária à Saúde é um dos serviços públicos de maior alcance das usuárias que vivenciam situações de violências de gênero, sendo indispensável que esses profissionais estejam alertas aos sinais que, muitas vezes, estão velados pelo medo, insegurança, vergonha entre outros sentimentos em decorrência da situação por elas vivenciadas. Desse modo, as unidades de saúde podem se constituir em locais privilegiados de cuidado, que abarcam em seu trabalho o acolhimento, a escuta das mulheres, o vínculo, o compartilhamento e o respeito pelo sofrimento e a história de vida das mulheres que buscam estes espaços.

Sommacal & Virtuoso (2020) destacam que as variadas formas de violências de gênero, muitas vezes, são negligenciadas nos atendimentos da saúde pela dificuldade de identificar essas situações e saber lidar com elas. As violências de gênero englobam uma pluralidade de micro e macroviolências às quais os grupos, especialmente de mulheres, são submetidos rotineiramente e que precisam ser levados em conta no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde.

Já os termos **covardia e mulher** que apareceram na zona de contraste foram palavras prontamente evocadas com baixa frequência, esses termos não apareceram em todas as falas, porém essa composição está provavelmente sinalizando que a violência de gênero contra as

mulheres é explicada como uma atitude de uma falsa superioridade física ou social para dominar e agredir mulheres, como uma demonstração de poder masculino.

Estudo desenvolvido por Motta & Lima (2020) afirma que no imaginário coletivo habita a crença de que “homem que bate em mulher, covarde é”, e que nesta expressão contém elementos que explicam a virilidade e o poder masculino no senso comum. As representações encontradas no estudo de Gomes et al. (2015) explicitam a covardia como um dos fatores que levam os homens a praticarem tal tipo de crime.

A proximidade entre os elementos da árvore de similitude constituinte da formação estrelar centralizada nos termos **Preconceito e Machismo**, significa que a **covardia** por parte dos homens, reforça a **agressão** e traz o **medo** que as mulheres sofrem frente a violência de gênero. Elementos que mostram uma pluralidade de constructos que compõem, as dimensões imagéticas e valorativas das representações sociais das enfermeiras e médicas.

Frente a esses resultados, as estruturas das representações sociais das participantes frente a violência de gênero contra as mulheres são elaboradas e interpretadas demonstrando que em sua organização predominam dimensões cognitivas, simbólicas, explicativas, práticas, afetivas e valorativas, nos ajudando a entender como os saberes sobre esse fenômeno se constroem, a partir do esforço que os profissionais que atendem a essas mulheres fazem para entendê-la e lidar com esse fenômeno.

Esta interpretação sobre a violência de gênero contra as mulheres e os significados construídos e formulados recaem a partir da vivência dos sujeitos e também de pré-construções culturais e de saberes que dão forma e conteúdo a essa experiência, portanto é socialmente construída (Jodelet; Loprete, 2015).

CAPITULO 7 - SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES PELAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS

**7.1 Resultados dos dados dos grupos de discussão com auxílio do software IRAMUTEq®
- A Classificação Hierárquica Descendente (CHD)**

No estudo em tela, o software IRAMUTEq® processou dois corpora, correspondente a 25 entrevistas de enfermeiras e 25 de médicas que prestam assistência as mulheres que vivenciam a violência de gênero na atenção primária a saúde.

Através de matrizes que cruzam os ST e as palavras (repetidos testes χ^2), o método de CHD busca uma classificação estável e definitiva, que neste estudo foi constituído por 7 classes semânticas para cada grupo de pertença - Grupo 1 (Enf) e Grupo 2 (Méd).

O Grupo1 (Enf) foi separado em 894 ST, que continham 3214 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3120 palavras distintas. Dos 894 ST foram selecionados 732, correspondentes a 81,88% do material. O Grupo 2 (Méd) foi separado em 857 ST, que continham 31501 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3265 palavras distintas. Dos 857 ST foram selecionados 778, correspondentes a 90,78% do material, conforme Quadro 7.

Quadro 7 - Descrição do corpus pelo Software IRAMUTEQ.

Descrição do corpus	Grupo 1 (Enf)	Grupo 2 (Méd)
Número de texto	25	25
Número Segmento de Texto	894	857
Número de formas	3120	3265
Número de ocorrências	32814	31501
Número de lematizações	1866	1986
Número de formas ativas	1750	1869
Número de formas suplementares	107	107
Número de classes	7	7
Aproveitamento	894-732 (81,88%)	857-778 (90,78%)

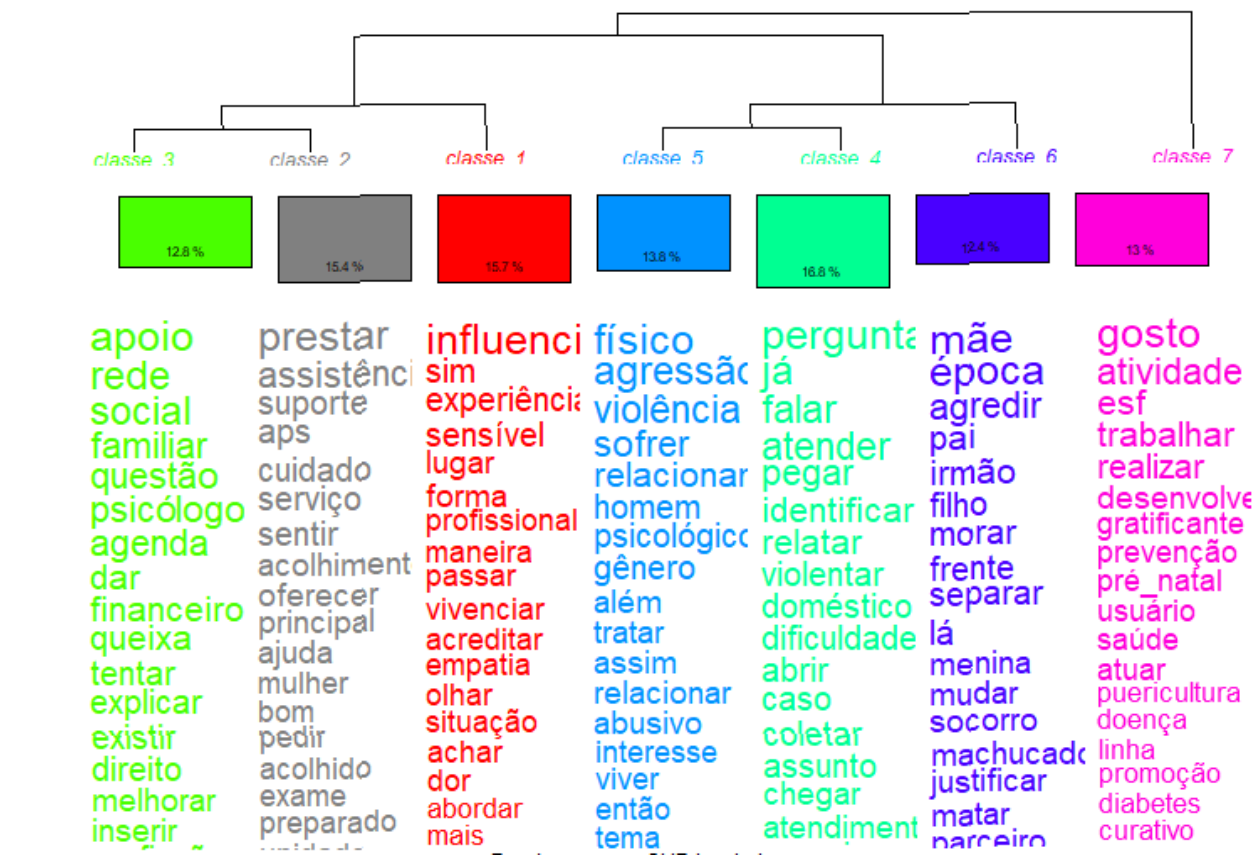
Fonte: Silva e Queiroz, 2025

ANÁLISE DO GRUPO 1 - ENFERMEIRAS

A divisão do corpus do Grupo 1, resultou na formação de sete classes, a partir da CHD, e está representada na Figura 5, na qual se visualizam os sucessivos agrupamentos. A formação das classes ocorreu da seguinte forma: inicialmente, se deu uma primeira repartição, que logo emergiu a classe 7, no segundo momento, o restante do corpus passou por uma nova divisão, que se reparte e origina as classes 6, 4 e 5. No restante do material ocorre mais uma divisão

que originam as classes 1, 2 e 3. Assim, se estabiliza formando 3 blocos temáticos com 7 classes: o primeiro bloco composto pela classe 7, o segundo bloco com as classes 6, 5,4 e o terceiro bloco com as classes 1,2 e 3

Figura 5 – Dendograma do grupo 1 Enfermeiras



Fonte: Relatório do IRAMUTEq®, 2025.

Na Figura 5, referente ao Grupo 1 Enfermeiras, a classe 4, concentra o maior número de ST utilizados, representando 16,8% do corpus, seguida da classe 1 com 15,71%, logo depois a classe 2 com 15,44%, a classe 5 com 13,8%, a classe 7 com 12,98%, a classe 3 com 12,84% e por fim, a classe 6 com 12,43% com o menor percentual.

A Figura 5, apresenta as classes com a lista de palavras mais significativas dos ST e por sua vez, exibem marcos que concentram a significação e o sentido dos relatos sobre a violência de gênero contra as mulheres para esse grupo de pertença. Cada classe é composta por uma lista de palavras geradas a partir do teste qui-quadrado (Chi2) que exprime a força de ligação entre a forma e a classe (Camargo & Justo, 2016). Nas classes da Figura 5 estão apresentados o valor percentual em relação ao total do corpus analisado e as palavras que compõem as respectivas classes.

A partir dessa distribuição do corpus em formato de dendrograma da CHD, o processo interpretativo amparado pela TRS, possibilitou, conferir sentido para os blocos temáticos e a identificação das representações sociais das enfermeiras participantes do estudo.

Sobre o Grupo 1 Enfermeiras, foi possível agrupar as classes em três blocos temáticos afins, referindo-se aos léxicos ou a representação que eles carregam. O primeiro bloco temático faz referência ao sentido de trabalhar na ESF pelas enfermeiras. O segundo bloco traz elementos constituintes da dimensão atitudinal para a assistência prestada às mulheres que vivenciam a violência de gênero.

O terceiro bloco temático apresenta conteúdos e sentidos da violência de gênero contra as mulheres para as enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, emergindo uma abordagem desse fenômeno no meio familiar, assim como, a tipificação dessa violência para melhor visualização, o quadro 8 apresenta os blocos com as temáticas de cada classe.

Quadro 8 - Distribuição das classes, temas e subtemas das representações sociais das enfermeiras frente a violência de gênero contra as mulheres, do Grupo 1. Rio de Janeiro-RJ, Brasil 2025.

BLOCOS	GRUPO 1
Bloco 1 O sentido de trabalhar na ESF pelas enfermeiras da APS	Classe 7: “Entre a satisfação e exaustão de trabalhar na ESF”.
Bloco 2 Conteúdos e sentidos da violência de gênero contra as mulheres para as enfermeiras da APS	Classe 6: “A violência de gênero contra a mulher explicada no contexto familiar” Classe 5: “Definindo e tipificando a violência de de gênero contra as mulheres” Classe 4: “Abordagem no processo de identificação da violência de gênero contra as mulheres nos atendimentos”
Bloco 3 Assistência prestada as mulheres frente a violência de gênero na ESF: a dimensão atitudinal	Classe 1: “A influência nos atendimentos de quem vivenciou a violência de gênero contra mulher.” Classe 2: “Assistência prestada na ESF às mulheres que vivenciam as violências de gênero: acolhimento e rede de apoio” Classe 3: “Limites e barreiras na assistência às mulheres frente a violência de gênero.”

Fonte: Silva e Queiroz, 2025

Os resultados apresentados pelos blocos foram analisados por temas conforme demonstrados no quadro acima e apresentam diferentes aspectos a partir dos significados que as enfermeiras elaboraram sobre o objeto em questão.

Para tanto, foi construído um quadro referente a cada bloco temático com suas classes, que serão apresentados na descrição das classes, contendo as palavras mais significativas, com suas respectivas: frequência na classe (FC), frequência total (FT), o percentual de relação (%R) e o Chi2. Cabe salientar, que para a representação gráfica foram listadas apenas as palavras com maior significância estatística na classe ($p < 0,0001$) e em seguida analisado o bloco como todo a luz da TRS.

BLOCO 1 - O Sentido do Trabalho na ESF pelas enfermeiras da APS

O bloco 1, que é composto unicamente pela classe 7 é formada por 95 ST e corresponde a 12,98% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. As palavras que formaram essa classe, com maior relevância estatística, estão apresentadas no Quadro 9 em ordem decrescente do Chi2. Além disso, as 5 palavras mais significativas dessa classe são apresentadas de acordo com as respectivas frequências das palavras nessa classe (fpc), frequências das palavras no total (fpt) e os percentuais de relação (pr). Essa classe apresentou associação com a entrevistada Ent 24 ($p=0,04879$) e não teve associação com nenhuma variável.

Quadro 9 - BLOCO 1 - O Sentido do Trabalho na ESF pelas enfermeiras da APS (Classe 7)

CLASSE 7 -95/732 ST (12,98%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Gosto	63	70	90,0	406,57
Atividade	37	38	97,37	252,74
ESF	37	46	80,43	197,77
Trabalhar	40	54	74,07	192,69
Realizar	25	27	92,59	157,34

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

A classe 07 subsiste no conteúdo dos ST dos seguintes léxicos: **gosto (406,57), atividade (252,74), ESF (197,77), trabalhar (192,60), realizar (157,34)** e apresenta elementos que constituem os sentidos para as enfermeiras em trabalhar na ESF, que se ancoram na

ambiguidade entre o prazer/satisfação e o sofrimento/exaustão de trabalhar nesse campo, como pode-se ver nos ST abaixo:

“Trabalhar na ESF é maravilhoso, mas cansativo e estressante, mas acho que já está no sangue porque comecei como ACS, técnica de enfermagem e agora atuo como enfermeira” (Enf 9, Mulher)

“Trabalhar na ESF é gratificante, amo o que faço estou desde 2020 atuando na APS onde já vi muito progresso e regresso no processo de trabalho. É desgastante e um pouco ingrato com o profissional devido as cobranças e, muitas vezes, não consigo fazer promoção e prevenção de saúde.” (Enf 22, Mulher)

“Trabalhar na ESF eu adoro, porém acho muito exaustivo devido a carga horária, eu acho que é muito desafiador porque a cada dia a gente tem várias problematizações que a gente precisa resolver então isso é muito exaustivo.” (Enf 1, Mulher)

“Trabalhar na ESF é um trabalho árduo, mas considero muito satisfatório com o trabalho realizado e com o desempenho que tenho.” (Enf 12, Homem)

Nos sentidos que emergiram percebe-se uma dimensão afetiva avaliativa do trabalho na ESF, que se apresenta de forma ambígua, por um lado trazendo contexto de positividade por se sentirem realizadas pelo desenvolvimento do trabalho, objetivando o como maravilhoso, gratificante e satisfatório. Porém, reconhecem como um trabalho cansativo e estressante, apontando a dimensão avaliativa negativa das RS da sua prática profissional.

Vale ressaltar que o trabalho das enfermeiras na ESF, é marcado por uma profunda dedicação e compromisso com a promoção de saúde e cuidado integral ao usuário. As enfermeiras que atuam na ESF, possuem um papel central, pois ao utilizarem tecnologias leves para resolução de problemas complexos necessitam estar em contato direto com usuários e comunidades.

Outro aspecto que parece envolver no processo de satisfação das enfermeiras no trabalho na APS é a autonomia profissional que elas desenvolvem. Essa autonomia das enfermeiras se dá na necessidade de ampliar o acesso da população, e faz com que se especializem e estejam capacitadas para atuar na APS com qualidade, equidade e integralidade (Cassiani, 2016).

A autonomia é um componente da prática profissional e um requisito para um patamar mais elevado de satisfação na profissão. Implica liberdade para tomar decisões independentes,

pautadas em evidências científicas, tanto no campo específico da profissão, como no contexto do trabalho multiprofissional das equipes de saúde da APS. Abarca ainda, uma dimensão técnica, que envolve a aquisição de conhecimentos científicos e sua aplicabilidade na prática do cuidado, e outra política, relativa às relações de poder e aos interesses dos grupos profissionais (Pires, 2011)

A Política Nacional de Atenção Básica atribui à enfermeira a realização de consulta de enfermagem, atividades assistenciais e educacionais em grupo, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e encaminhamentos a outros serviços, ressaltando, entretanto, a necessidade da regulamentação de tais ações em protocolos federais, estaduais ou municipais. (Brasil, 2017). Dentre essas muitas atribuições é possível identificar o ganho de autonomia profissional na APS, o que é identificado por elas como fonte de prazer no trabalho (Rocha, 2019).

Santos et al (2017) analisa que desde a criação do SUS, o profissional enfermeiro ampliou a sua atuação, inserção e visibilidade no campo comunitário e social, principalmente pela ESF, quando comparadas as práticas no ambiente hospitalar

As enfermeiras ainda destacam nos ST as preferências nos atendimentos, demonstrando que a satisfação está fortemente relacionada ao vínculo criado com os usuários. A possibilidade de acompanhar a evolução dos cuidados de forma contínua faz com que interpretem que seu trabalho tem impacto direto e positivo na vida dos usuários.

“Eu gosto de atuar na ESF é a área que mais me faz feliz dentro da área da saúde. A atividade que mais gosto de realizar é pré natal e puericultura, pois gosto de ver o desenvolvimento das gestantes e das crianças.” (Enf 11, Mulher)

“Das atividades que eu mais gosto de realizar na ESF é trabalhar com tuberculose. Eu gosto muito de trabalhar com pessoas vulneráveis, então a tuberculose a gente trabalha muito com esse público e gosto, pois, me dá satisfação quando o usuário tem alta quando você consegue curar esse usuário” (Enf 1, Mulher)

DISCUSSÃO

A satisfação do trabalho das enfermeiras está diretamente relacionada as atribuições realizadas no contexto laboral. (Waltz; Weber; Rodriguez; 2020). O sentimento de satisfação no trabalho contribui para que o profissional tenha prazer e motivação, influenciando-o a envolver-se mais com o trabalho, proporcionado melhor desempenho e maior vínculo com as

peessoas que cuidam. (Moreira et. al 2019). Frente a esse contexto, as enfermeiras da ESF encontram sentido de realização no exercício do seu papel, reafirmando o valor humano e social da sua atuação na ESF.

No entanto, como afirma Damasceno et al (2023), o próprio vínculo e trabalho contínuo pode acabar por expor o profissional de saúde a importantes estressores psicossociais, devido ao desgaste mental e físico relacionadas ao exercício profissional. Para Souza et. al (2021) o trabalho das enfermeiras da ESF acaba por associar atividades burocráticas e assistenciais, o que faz ser um trabalho desafiador e estressante na conciliação entre essas duas dimensões, especialmente, devido à sobrecarga atribuída as enfermeiras.

À luz da TRS, Moscovici (2015) estabelece que entender a representação social é uma forma de compreender o conflito social e a ambivalência do ser humano. Nesta perspectiva, a análise desta classe, permite presumir que o trabalho na ESF é capaz de mover sentimentos e valores, que por sua vez, geram atitudes e comportamentos específicos, de forma inseparável e, muitas vezes, ambíguas. Esse caráter ambíguo se manifesta porque a RS opera simultaneamente com elementos conceituais e figurativos, integrando aspectos afetivos, simbólicos e cognitivos, o que contribui para a complexidade de seus sentidos (Moscovici,2015).

Em síntese, nesse processo estruturante de construção de pensamento da RS não há neutralidade, uma vez que, na interpretação do seu trabalho na ESF, as enfermeiras lançam mão de valores e sentidos positivos e negativos que convivem diariamente.

BLOCO 2 - Conteúdos e sentidos da violência de gênero contra as mulheres para as enfermeiras da APS

Este bloco é composto pelas classes 6, 4 e 5. E trouxe aspectos importantes relacionados aos conteúdos e sentidos da violência de gênero contra as mulheres para enfermeiras da atenção primária à saúde, onde buscam interpretar esse fenômeno. Na classe 6 emerge o contexto familiar como uma explicação da violência de gênero contra as mulheres, enquanto nas classes 4 e 5 os ST e os léxicos apontam as definições e a tipificação desse fenômeno para esse grupo de pertença.

A classe 6 é composta por 91 ST e corresponde a 12,43% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. As palavras que formaram a classe, com maior relevância estatística, estão apresentadas no quadro 12 em ordem decrescente do Chi2 que foram **Mãe (92,09), Época (84,67), Agredir (56,17), Pai (54,07), irmão (49,39), Filho (42,82), Morar (42,52), Frente (41,57), Separar (37,67), Lá (35,74), Menina (35,46) e Mudar (35,25)**, conforme apresentada no quadro 10 a seguir. Esta classe também apresentou associação com as

seguintes entrevistadas Ent 2 ($p = < 0,00017$), Ent 21 ($p = < 0,03837$), Ent 3 ($p = < 0,06460$), Ent 18 ($p = < 0,08010$), Ent 7 ($p = < 0,11615$) e variáveis Tema de violência de gênero abordado na graduação/pós graduação e capacitação na APS ($p = < 0,03148$) e raça negra ($p = < 0,11615$)

Quadro 10 - Classe 6: A violência de gênero contra as mulheres explicada no contexto familiar

CLASSE 6 -91/732 ST (12,43.%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Mãe	23	36	63,89	92,09
Época	14	16	87,5	84,67
Agredir	13	19	68,42	56,17
Pai	12	17	70,59	54,07
Irmão	9	11	81,82	49,39
Filho	15	29	51.72	42,82
Morar	8	10	80,0	42,52
Frente	7	8	87,5	41,87
Separar	10	16	62,5	37,67
Lá	7	9	77,78	35,74
Menina	5	5	100,0	35,46
Mudar	9	14	64,29	35,25

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro -RJ 2025.

Segue abaixo alguns ST que explicam a origem da violência de gênero contra as mulheres num contexto familiar. Nesses ST, as enfermeiras trazem a vivência da violência de gênero contra a mulher nas suas próprias famílias, principalmente, no ambiente doméstico com seus pais e suas atitudes frente a essa vivência.

“Minha primeira atitude foi encorajar minha mãe na separação embora ela não tenha feito por causa de mim e do meu irmão eu encorajei ela a separar e sair daquela casa, daquele ambiente de violência antes que acontecesse algo pior.” (Enf 1, Mulher)

“Vivenciei isso muito na relação do meus pais e eu só conseguia dizer para minha mãe que ela só ia viver aquilo se quisesse que não adiantava ela só chorar.” (Enf 17, Mulher)

“Naquele momento acreditei que meu pai era uma pessoa violenta eu só conseguia falar para ele parar e eu não consegui ficar mais morando lá na época minha madrasta era muito dependente dele,

hoje ela não é tão dependente, mas continua junto.” (Enf 19, Mulher)

“Já vivenciei violência de gênero com minha mãe sendo agredida pelo meu pai e isso mexeu muito comigo porque meu pai bebia e batia na minha mãe quase todos os dias então eu cresci vendo isso.” (Enf 1, Mulher)

“Não deixo minha filha sozinha com homem nenhum mesmo que seja familiar confesso que até meu parceiro sendo um excelente pai para ela fico com medo.” (Enf 15, Mulher)

As duas classes a seguir, 5 e 4 referem a contextos de como as enfermeiras procuram definir a violência de gênero contra as mulheres a partir da dimensão cognitiva, ou seja, dimensão do conhecimento sobre o objeto estudado. A classe 5 composta por 101 ST e corresponde a 13,8% apresentam os léxicos: **físico (93,44), agressão (75,77), violência (72,79), sofrer (54,32), relacionamento (47,19), homem (37,92), psicológico (37,37), gênero (34,05)**, como referências nessa classe (Quadro 11), sendo que as entrevistadas e as variáveis de maior associam são: Ent 25 ($p<0,00158$), Ent 23 ($p<0,02781$), Ent 4 ($p<0,10565$), Ent 11 ($p<0,14078$), Ent 17 ($p<0,14735$) tempo de atuação na ESF ($p<0,02340$), e gênero feminino ($p<0,03251$).

Quadro 11 - Classe 5: “Definindo e Tipificando a violência de gênero contra a mulher”

CLASSE 5 -101/732 ST (13,8%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Físico	30	51	52,82	93,44
Agressão	16	20	80,0	75,77
Violência	76	272	27,94	72,79
Sofrer	35	90	38,89	54,32
Relacionamento	12	17	70,59	47,19
Homem	11	17	64,71	37,92
Psicológico	17	35	48,57	37,37
Gênero	47	173	27,17	34,05

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os conteúdos dessa classe são referentes a elaboração e interpretação da violência de gênero contra as mulheres que vivenciam nos atendimentos na ESF buscando a tipificação e classificação desse fenômeno.

“A violência de gênero que mais percebo a minha prática profissional é a violência física na minha área tem muitas mulheres que engravidam e que o parceiro não quer e faz com que ela aborte.” (Enf 4, Mulher)

“Violência de gênero é qualquer tipo de violência ocasionada pelo sexo oposto e que a pessoa não sabe como se defender ou não sabe porque está passando por aquela situação.” (Enf 8, Mulher)

“Eu entendo que a violência de gênero é uma forma de opressão do homem pelo fato de achar que a mulher tem que ser submissa que é fraca indefesa e de achar que a mulher tem que ser tudo para ele não só mãe e esposa, mas achar que é empregada e servente dele.” (Enf 17, Mulher)

“Violência de gênero é muita coisa pode ser desde as palavras que as pessoas falam nas falas preconceituosas na própria agressão física na agressão psicológica no achar que a mulher principalmente é inferior ao homem. ” (Enf 25, Mulher)

Já a classe 4 que é composta por 123 ST e corresponde a 16,8% de aproveitamento apresenta os principais léxicos **perguntar (51,26), já (45,75), falar (39,94), atender (39,09)**, conforme apresentado no quadro 11. As participantes de Ent 13 ($p=<0,03379$) E Ent 20 ($p=<0,06276$) e a variável raça parda ($p-<0,09572$) apresentam maior relação com essa classe.

Quadro 12 - Classe 4: “Abordagem no processo e identificação da violência de gênero contra as mulheres no atendimento”

CLASSE 4 -123/732 ST (16,8%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Perguntar	19	29	65,52	51,26
Já	46	122	37,7	45,75
Falar	47	133	35,34	39,94
Atender	34	83	40,96	39,09

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Diante da interpretação da violência de gênero contra as mulheres, os ST abaixo apresentam como as enfermeiras identificam nos atendimentos as situações de violências, como pensam que deve ser a abordagem a essa temática, e ressaltam as dificuldades nesse processo, como pode-se verificar nos ST a seguir:

“Eu já consegui identificar o caso de violência de gênero no atendimento quando a mulher veio coletar o preventivo, só tive mesmo esse relato, perguntei se ela estava bem ela começou a chorar e vi que estava com semblante triste que estava sofrendo e foi falando”. (Enf 9, Mulher)

“Já atendi muitas mulheres que tenham vivenciado a violência de gênero em briga de casal e a queixa delas são sempre as mesmas muitas delas as vezes nem querem fazer a denúncia.” (Enf 12, Mulher)

“Eu já consegui identificar casos de violência em um dos atendimentos, não sinto dificuldade. A dificuldade que vejo é da mulher se abrir e expor o que está acontecendo não sei se é porque sou homem, mas a maior dificuldade é isso.” (Enf 12, Homem)

“Geralmente elas nunca chegam falando, eu acho um assunto difícil de ser abordado no atendimento sempre pergunto se ela quer falar mais alguma coisa se for o caso de a mulher estar triste apresentar marcas no corpo eu pergunto o que aconteceu e elas falam.” (Enf 1, Mulher)

DISCUSSÃO

Esse bloco reflete os sentidos e os conteúdos da violência de gênero contra as mulheres, identificado a partir do vivido dentro do núcleo familiar, das experiências profissionais e do contexto social das enfermeiras. Sá (1998) destaca que os interesses e as vivências de um grupo podem explicar um determinado objeto, em um determinado período histórico, justificando a elaboração de uma representação social pelas marcas da moralidade, das disposições ideológicas, assim como, os posicionamentos frente a esse objeto. Nesta perspectiva, podemos compreender a raiz da construção dos sentidos e elaborações que as enfermeiras dão à violência

de gênero contra as mulheres a partir das vivências cotidianas e do contexto familiar na sua própria vida.

O contexto familiar violento em que algumas enfermeiras cresceram e viveram trouxe um entendimento desse fenômeno como algo que pode originar nesse ambiente, que deveria ter um papel protetivo e ser um lugar seguro e acolhedor. No entanto, foi representado como um espaço ameaçador, ligado ao exercício do poder e as desigualdades de gênero. E, segundo Teixeira (2024), é exatamente no ambiente familiar que se iniciam os processos de subjetivação e aprendizado de valores, sendo considerado como um espaço privilegiado e protegido para estabelecimento das relações afetivas.

Porém, como pode ser visto, este ideal de proteção e intimidade do “Lar”, envolve também o caráter sigiloso e invisível de conceitos culturais reproduzidos que reforçam e perpetuam, muitas vezes, o preconceito, a desigualdade de gênero, evidenciando em alguns casos, a dimensão do risco e a naturalização da violência.

Essa situação vivenciada no contexto doméstico, geram traumas, que segundo Saffioti (2015), acaba por influenciar negativamente nos vínculos afetivos entre os envolvidos, em alguns casos, a dificuldade de compreender os quão inadequados e invasivos são os atos cometidos, uma vez que, a violência nem sempre ocorre de forma explícita.

Frente a essas situações vivenciadas, as enfermeiras buscam definir e interpretar a violência de gênero contra as mulheres no seu cotidiano profissional, se utilizando de conteúdos cognitivos que apreendem em sua vida e em seu contexto social, pois como afirma Moscovici (2015), as representações sociais são construções coletivas que permitem às pessoas compreender, explicar e dar sentido à realidade social em que vivem, não sendo meras opiniões individuais, mas sistemas de significados compartilhados que orientam percepções, atitudes e práticas. Nessa perspectiva, a dimensão cognitiva ocupa papel central, pois diz respeito aos processos mentais que permitem aos indivíduos organizarem, classificarem e atribuírem sentidos às experiências. Assim, compreender uma realidade social implica reconhecer que ela é mediada por estruturas cognitivas que refletem tanto a cultura quanto as interações sociais em que o sujeito está inserido.

Frente a essa lógica, as participantes desse segmento buscam tipificar a VGCM, principalmente, classificando-as como agressões físicas e psicológicas, emergindo mais uma vez, a posição de submissão em que a mulher foi colocada historicamente em nossa sociedade. A violência contra as mulheres decorre do modelo sociopolítico vigente e suas ferramentas patriarcais. Essa forma de organização social se baseia na premissa de que pessoas do sexo masculino e, principalmente, heterossexuais, são mais dignas de poder, logo, passam a exercer

dominância em relação as demais pessoas, principalmente as mulheres. Portanto, o patriarcado é responsável por alimentar uma mentalidade que objetifica a mulher, tornando-a descartável, desqualificada e, conseqüentemente, um alvo constante da violência que se manifesta de diversas maneiras e níveis de gravidade. (Colling, 2020)

As características da VGCM requerem o envolvimento ativo de todos os profissionais dos serviços de saúde, que devem estar cientes de que a abordagem e resolução das consequências da violência tem que começar pela detecção precoce do problema, sendo difícil se não houver lesões físicas. A área da saúde, tanto em nível de atenção primária, quanto em serviços de emergência, é um dos contextos mais adequados para identificar precocemente a VGCM e realizar uma abordagem resolutiva e de enfrentamento. (Gonçalves, 2022)

Lira e Castro (2022) pontuam que, diante da detecção pelos profissionais de saúde, mas da negação da violência por parte da mulher, convém tentar suprimir o medo da revelação da violência e fazer com que a mulher entenda que não é culpada da violência que sofre, e ajudá-la a tomar decisões satisfatórias, mas sem impor, alertando sobre os riscos de aceitar essa situação. Algumas intervenções que auxiliam a reconhecê-la são: informar sobre os recursos existentes, lembrar que o abuso é um problema de saúde e que ela pode contar com a equipe sanitária naquele momento ou para consultas futuras.

Um dos problemas que as enfermeiras destacam é a dificuldade em identificar o cenário de violência e, isso pode estar pautado pelo modelo biomédico, o qual ainda predomina nas unidades de saúde, onde os profissionais se atentam à doença, com uma visão focada no problema físico e clínico. Enquanto, para Signorelli (2015), identificar casos de violência de gênero, é importante não se limitar às condutas hospitalocêntricas, focadas apenas em problemas clínicos, é preciso utilizar ferramentas que sensibilizem a escuta, para um cuidado integral, com o apoio de uma equipe multiprofissional.

No entanto, diante das dificuldades das mulheres em relatarem as vivências das violências e a identificação do problema, algumas enfermeiras destacam que acabam por reconhecerem em seu cotidiano profissional, através de alguns sinais como choro, expressão de tristeza e sofrimento, a presença desse fenômeno, mesmo sendo difícil de ser abordado.

Vale destacar ainda, que quando o atendimento é prestado a essas mulheres pelo profissional enfermeiro, parece ainda ser mais difícil a abordagem isso influencia na hora dos atendimentos, conforme o relato no ST citado anteriormente. Sobre esse assunto, Alves; Luz e Nogueira (2022) afirmam que o atendimento de profissionais masculinos a mulheres vítimas de violência é difícil por uma combinação de fatores estruturais, culturais e emocionais, que afetam tanto as vítimas quanto os próprios profissionais. A cultura patriarcal ainda prevalece em muitos contextos, reforçando a ideia de que os homens têm mais poder e autoridade, o que pode gerar

desconfiança e medo nas mulheres ao serem atendidas por profissionais do sexo masculino. Muitas mulheres internalizam a ideia de que a violência faz parte da vida conjugal ou familiar, o que dificulta a busca por ajuda e a abertura para relatar situações de violência, especialmente os homens profissionais. Gomes (2022)

Outra questão, mulheres vítimas de violência frequentemente sentem vergonha, medo e constrangimento ao falar sobre suas experiências, especialmente com homens, por temerem não serem compreendidas ou até serem julgadas. A dificuldade do atendimento de profissionais masculinos às mulheres vítimas de violência está ligada a questões culturais, emocionais e estruturais, que desligam a sensibilização, a capacitação e as mudanças nas práticas de acolhimento nos serviços de saúde e assistência. (Santos et. al 2018)

As enfermeiras destacam que quando a mulher, ao ser indagada sobre o assunto, não menciona a ocorrência do evento, o plano de cuidado não é realizado de forma adequada. A omissão e o silêncio das vítimas estão associados ao medo de julgamento, desconhecimento dos processos de notificação e tratamento e, em muitos casos, na crença de que podem perder o poder familiar sobre os filhos. Além disso, a dependência financeira do marido e ausência de rede de apoio sociofamiliar, são fatores associados à manutenção do silêncio e sentimento de solidão em meio às ameaças e agressões sofridas, conforme corroborado pelos estudos de Leal et al. (2017) e Silva et al. (2022).

É preciso comentar, conforme destacam Amarijo et al. (2017), que os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, constituem um grupo fundamental, não só no cuidado, mas também na prevenção, detecção precoce e identificação da VGCM. A enfermagem intervém na detecção dos sinais e no acolhimento das vítimas, sendo peça fundamental no acompanhamento do processo, no aconselhamento e apoio psicológico, na garantia da continuidade do cuidado e como pessoa de referência, próxima e acessível à formação dos profissionais de enfermagem no conhecimento das medidas de proteção instituídas e o trabalho em equipe são essenciais para o enfrentamento desta problemática.

Este contexto de produção de sentidos e explicação frente ao objeto da VGCM possui um papel fundamental na escolha de pensamento e ações frente a esse fenômeno, pois as representações são elaboradas em um contexto de relação eu-outro, de característica emocional, social, cultural e historicamente determinada (Moscovici, 2003). Nesta lógica, observa-se a dimensão cognitiva das RS que as enfermeiras construíram, entendida como a forma de se aproximar e explicar o fenômeno vivenciado, ancorando a violência de gênero contra as mulheres nas suas experiências individuais.

Por fim, esse bloco mostra os dois processos que geram RS: ancoragem e a objetivação. As enfermeiras dão uma dimensão prática e atitudinal ao abordar essa temática nos

atendimentos e também buscam na memória e no senso comum a definição da origem da violência de gênero contra as mulheres, objetivando pelas sintomatologias vividas e apreendidas no cotidiano da prática profissional.

**BLOCO 3 - Assistência prestada as mulheres frente a violência de gênero na ESF:
dimensão atitudinal**

Nesse bloco emerge conteúdos específicos com relação ao atendimento às mulheres frente a violência de gênero contra as mulheres, é composto de 3 classes 1,2 e 3. A classe 1 traz conteúdos sobre a influência nos atendimentos às mulheres de quem vivenciou ou experienciou a violência de gênero contra as mulheres no ambiente familiar ou social, seguida das classes 2 e 3, onde emergem sentidos ligados a assistência prestada e a rede de apoio ao enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres.

A classe 1 é composta por 115 ST e corresponde a 15.71% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software, tendo os principais léxicos **influenciar (224,17), sim (110,81), experiência (87,6), sensível (82,16), lugar (69,5), forma (57,37), profissional (45,41), maneira (42,13), passar (41,19), vivenciar (38,08), acreditar (37,72), empatia (36,85). (QUADRO 13)**. De acordo com o relatório emitido pelo IRAMUTEq® a classe 1 não apresentou grupo definido e nem as variáveis associadas.

Quadro 13 - Classe 1: “A influência no atendimento de quem vivenciou a violência de gênero contra as mulheres”

CLASSE 1 -115/732 ST (15,71%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Influenciar	43	46	93,48	224,17
Sim	30	43	69,77	100,81
Experiência	26	37	70,27	87,6
Sensível	15	15	100,0	82,16
Lugar	17	21	80,95	69,5
Forma	26	48	54,17	57,37
Profissional	40	106	37,74	45,41
Maneira	10	12	83,33	42,13
Passar	25	54	46,3	41,19
Vivenciar	31	78	39,74	38,08
Acreditar	13	20	65,0	37,72
Empatia	8	9	88,89	36,85

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os conteúdos dessa classe apresentam elementos que mostram que as enfermeiras entendem que a vivência da situação de violência de gênero contra as mulheres pelos profissionais de saúde influencia de forma positiva nos atendimentos as mulheres, pois tornam-se mais atentos e sensíveis no cuidado as mulheres nessa mesma situação, como pode-se verificar nos ST abaixo:

“Eu vivenciei essa violência de gênero e acho sim que influenciou na minha forma de cuidar dessas mulheres, pois foi com a minha amiga e eu achava que por ela ter conhecimento saberia identificar.” (Enf 20, Mulher)

“Eu acho que quando um profissional de saúde vivencia ou já vivenciou violência de gênero influencia no atendimento dessas mulheres, pois ficamos mais sensíveis para ajudar porque a gente já passou por aquilo. Então a gente sente exatamente o que aquela mulher está sentindo e nos colocamos no lugar dela.” (Enf 1, Mulher)

“Acredito que quem vivenciou ou vivencia a violência de gênero influencia sim, porque você vê o outro lado, não olha só como profissional e como você estivesse de fato no lugar dela entende um pouco o que aconteceu e acho que isso pode ajudar nos julgamentos.” (Enf 12, Homem)

“Eu acho que quando o profissional tem essa experiência com alguém próximo muda sim, pois nos colocamos no lugar do outro, o certo seria sempre se colocar no lugar do outro não só quando vivenciamos.” (Enf 23, Mulher)

“Acredito que o profissional que vivencia ou já vivenciou a violência de gênero tem um olhar diferenciado, porque vivenciou da mesma situação se colocar no lugar do outro acaba sendo mais fácil e desenvolve melhor o atendimento.” (Enf 4, Mulher)

“Essa experiência influenciou na maneira de lidar com as mulheres pois como profissional eu quero procurar melhorar meu atendimento, ter mais conhecimento para melhor acolher essa mulher quando ela chega aqui e poder ter mais apoio.” (Enf 5, Mulher)

“Quando o profissional de saúde vivencia a situação da violência de gênero influencia sim pois quando você passa pela situação você tem uma empatia diferente e dependendo do que você passa já sabe os órgãos que precisa acionar.” (Enf 10, Mulher)

“Quando o profissional de saúde vivencia a violência de gênero muda o olhar, porque você fica acompanhando mais de perto, eu já vivenciei uma situação de violência com uma amiga.” (Enf 5, Mulher)

“Ter uma escuta ativa e qualificada acredito que quem já passou pela situação da violência de gênero influencia sim, pois ele sabe a dor já viveu aquela situação.” (Enf 24, Homem)

“Essa experiência influencia sim, mas para ser enfermeiro precisa ter uma empatia muito grande.” (Enf 24, Homem)

“Até eu terminar o relacionamento demorou esse tempo todo para eu entender que o que eu estava vivendo era um relacionamento abusivo e que para além da agressão física eu estava vivendo todos os tipos outros tipos de violência dentro desse relacionamento, foi muito difícil para mim.” (Enf 25, Mulher)

A classe 2 é composta por 113 ST e corresponde a 15,44% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. Esta classe subsiste nos conteúdos dos ST dos seguintes léxicos: **prestar (119,19), assistência (73,7), suporte (54,78), APS (50,97), cuidado (50,97), serviço (46,89), sentir (43,35), acolhimento (40,37), oferecer (37,66) (QUADRO 14) e nas associações com as entrevistadas Ent 10 ($p=<0,04982$) Ent 14 ($p=<0,05837$) e a variável tempo de atuação na ESF há mais de 5 anos.**

Quadro 14 - Classe 2: “Assistência prestada na ESF às mulheres que vivenciam as violências de gênero: acolhimento e rede de apoio”

CLASSE 2 -113/732 ST (15,44%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Presta	33	46	71,74	119,19
Assistência	26	42	61,9	73,7
Suporte	17	25	68,0	54,78
APS	21	37	56,76	50,97
Cuidado	21	37	56,76	50,97
Serviço	14	20	70,0	46,89
Sentir	34	86	39,53	43,35
Acolhimento	14	22	63,64	40,37
Oferecer	8	9	88,89	37,66

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os elementos constituintes dessa classe parecem demonstrar como as enfermeiras julgam e classificam a qualidade da assistência prestada as mulheres que vivenciam violência de gênero, tendo em vista que destacam o tipo de cuidado prestado a essas mulheres na APS.

“Acolher essa mulher com carinho, eu acho que minha assistência a essas mulheres é boa tem acolhimento, tem que acolher a mulher como ser humano que está sofrendo não tem que ter julgamento.”
(Enf 20, Mulher)

“Devemos ter uma escuta qualificada e prestar todo suporte a ela dentro do que está no nosso escopo da APS, eu já identifiquei casos de violência de gênero no atendimento das usuárias, foi na consulta de puericultura ela estava com manchas roxas pelo corpo e ela apenas relatou que esbarrou.” (Enf 3, Mulher)

“O tipo de serviço prestado na APS vai muito de cada profissional, tem profissionais que pode fazer um bom acolhimento e os outros não, isso vai muito do ser humano.” (Enf 21, Mulher)

“O atendimento na APS hoje em dia está bem melhor, temos hoje vários locais que acolhem essas mulheres e que são humanizados.

Temos um caminho a seguir e muito que melhorar, pois a mulher ainda é subestimada, desvalorizada e rejeitada.” (Enf 22, Mulher)

“Eu me sinto preparada primeiro temos que ter calma e deixar ela falar no tempo dela, saber ouvir deixar ela colocar para fora pois é momento que ela teve coragem.” (Enf 20, Mulher)

“Eu ofereço uma conversa oriento procurar os órgãos públicos como delegacia e chamo também o médico na sala para fazer um cuidado mais voltado para o que ela está sentindo ofereço retorno sem precisar agendar.” (Enf 10, Mulher)

“Eu tenho uma dificuldade em relação a realidade do enfermeiro em atuar na APS pois não temos tempo para conseguir acolher essa mulher a gente tem que parar tudo que está fazendo para prestar esse tipo de atendimento e realmente é o que faço quando é necessário tranco a porta para escutar.” (Enf 23, Mulher)

“Faço o atendimento e presto o melhor cuidado possível eu não me sinto totalmente preparada até porque tem a questão de outras demandas e esse tipo de atendimento demanda um tempo maior e fico ansiosa sabendo que tem outras pessoas aguardando e batendo na porta.” (Enf 10, Mulher)

A classe 3 é composta por 94 ST e corresponde a 12,84% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. De acordo com o relatório emitido pelo IRAMUTEq® a classe 3, apresentou as participantes entrevistadas de maior relação que foram Ent 8 ($p = < 0,00227$) e Ent 12 ($p = < 0,06352$) e os léxicos: **apoio (56,41)**, **rede (48,56)**, **social (47,47)**, **familiar (37,6)**, **questão (36,54)**, **psicólogo (34,17)**, **agenda (34,17)** são referência nessa classe.

Quadro 15 - Classe 3: “Limites e barreiras na assistência às mulheres frente a violência de gênero contra as mulheres”

CLASSE 3 -94/732 ST (12,84%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Apoio	19	35	54,29	56,41
Rede	10	13	76,92	48,56
Social	9	11	81,82	47,47
Familiar	9	13	69,23	37,6
Questão	15	31	48,39	36,54
Psicologo	5	5	100,0	34,17
Agenda	5	5	100,0	34,17

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os conteúdos dessa classe apresentam os limites do atendimento prestado pela equipe da ESF para interromper com o ciclo da violência. Apontam como limites a falta de uma equipe ampliada, e a falta de conhecimento pela equipe de lidar com as situações de violência, não integração da rede de enfrentamento a violência de gênero contra as mulheres, a ausência da rede de apoio familiar ou profissional, falta de capacitação profissional, dentre vários.

“A assistência que a gente presta sempre falta algo, falta conteúdo, rede de apoio alguns profissionais não sabem lidar com essa situação ficam perdidos e colocam a usuária na agenda para ser atendida por outro profissional para ajudar.” (Enf 8, Mulher)

“A mulher tem que procurar rede de apoio familiar, com amigos ou até mesmo aos profissionais de saúde pois quando ela tem rede de apoio ela consegue pensar em mudar de vida.” (Enf 19, Mulher)

“Essa mulher precisa ser acolhida ela fica com a sensação de não ter ninguém mas temos que mostrar que somos rede de apoio, que a rede de apoio dela não é só familiar e amigos é também a equipe de saúde.” (Enf 23, Mulher)

“Deveria ter mais capacitações e palestras com o tema na própria unidade pois as vezes é difícil sair da unidade, o cuidado prestado

a essas mulheres deve ter ajuda psíquica ajuda de saúde por tentar resgatar ela dessa situação.” (Enf 14, Mulher)

“A mulher quando chega para atendimento eu acolho escuto e depois fica e questão como será quando liberar, o que vai ser dela, para onde ela vai, e por mais que a gente tenha uma rede, a rede não conversa, para mim esse tipo de atendimento é sofrido.” (Enf 2, Mulher)

“Em cada unidade deveria ter um psicólogo 40h para ajudar nesses casos é uma situação que acontece com frequência tentamos dar apoio necessário a essa mulher, mas só temos 15 minutos não conseguimos cancelar a agenda e os outros usuários reclamando da demora ficam batendo na porta.” (Enf 8, Mulher)

DISCUSSÃO

É possível perceber que o bloco 3 evidencia a perspectiva de enfermeiras que vivenciaram/experenciaram a violência de gênero contra as mulheres, trazendo à tona suas experiências pessoais e os impactos dessa vivência na hora de prestar assistências a essas mulheres. Além disso, nos ST destaca-se a presença e atuação da rede de apoio no enfrentamento à violência, refletindo a importância da assistência prestada pelos profissionais e instituições especializadas na proteção, acolhimento e recuperação das mulheres que vivenciam essa situação.

Assim, os profissionais da saúde da família apresentam grande potencialidade para a detecção, abordagem e acompanhamento qualificado das mulheres. Essas profissionais lidam cotidianamente com situações de violência de gênero contra as mulheres e vivenciam na prática as dificuldades inerentes ao processo de assistência e acompanhamento dos casos (Andrade et al., 2011).

Na classe 1, as enfermeiras abarcam conteúdos nos ST que buscam explicar que as profissionais que vivenciaram/experenciaram a violência de gênero referem ter diferença na hora de prestar atendimento as mulheres, pois ficam mais sensíveis, demonstram mais empatia e capacidade de compreender a perspectiva do outro.

Este contexto de produção de sentidos e explicação prática frente ao objeto possui um papel fundamental na escolha de uma forma de pensamento em detrimento da outra, pois as representações são elaboradas em um contexto de relação eu-outro, de característica emocional, social, cultural e historicamente determinada (Moscovici, 2003). Nesta lógica, observa-se que a dimensão cognitiva e prática das RS que as enfermeiras construíram, entendida como a forma de se aproximar e explicar o fenômeno, está ancorada nas experiências individuais e coletivas do grupo.

Neste contexto, importa conhecer e compreender a raiz da construção do conhecimento das enfermeiras sobre a violência de gênero contra as mulheres a partir das suas vivências cotidianas e familiares, entendendo que estes acontecimentos compõem o “ambiente do pensamento”, refletindo em suas representações sociais (Sá, 1998, p. 24).

Ao encontro dessa linha de pensamento, é possível verificar a dimensão atitudinal das RS das enfermeiras ao prestarem assistência as mulheres em situação de violência, pois elaboram julgamentos e classificações de como devem ser esses atendimentos. Dentre esses julgamentos e proposições de assistência, as enfermeiras destacam a importância e a necessidade de acolhimento, escuta, oferta de carinho, ser rede de apoio, e proporcionar um tempo de dedicação, dentre outras habilidades.

A enfermagem, ao atuar na linha de frente do cuidado na APS, depara-se constantemente com as consequências dessa realidade, tornando-se imperativo o desenvolvimento de estratégias eficazes de reconhecimento e manejo da violência de gênero (Gonçalves; Righetti; Magrin, 2022). Para Porto (2004), o acolhimento humanizado e a escuta qualificada são ferramentas essenciais para que as mulheres em situação de violência se sintam seguras para revelar suas experiências na APS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza o acolhimento como um princípio fundamental do SUS, visando à construção de vínculos e à responsabilização no cuidado. (Brasil, 2013). Para a enfermagem, isso significa ir além da queixa principal, investigando o contexto social e emocional da mulher e validando suas experiências. (Francisco et al., 2024)

Esse processo envolvido nas perspectivas desenvolvidas pelas enfermeiras para cuidar das mulheres em situação de violência leva a retomar alguns pontos trazidos por Jovchelovitch (2008) ao tratar dos contextos do saber e interrelacioná-los com as RS. A autora destaca que os saberes partilhados como um algo permeado de sentido, fornece aos participantes deste espaço social, normas, regulações e padrões de comportamentos e práticas, mas que também se reconstitui no cotidiano.

Sob essa ideia, Doise (2001) afirma que as RS são tomadas de posições e decisões simbólicas organizadas de maneiras diferentes ligadas a inserções específicas nas relações de cada grupo social. Assim, é possível entender, que ao mesmo tempo, que as enfermeiras destacam como atendem ou como deve ser os atendimentos na APS frente VGCM, ressaltam que esse posicionamento depende de cada profissional e sua relação e sensibilidade com o fenômeno.

A dificuldade em realizar um acolhimento efetivo, uma escuta atenta, muitas vezes, está relacionada as questões estruturais do cotidiano profissional como a falta de tempo, à sobrecarga de trabalho e à ausência de preparo emocional dos profissionais para lidar com situações tão delicadas. (Rodrigues et.al, 2021). Com isso, as enfermeiras desse estudo parecem corroborar com esse pensamento, declarando que a ausência de protocolos claros e a carência de estruturas adequadas nos serviços de saúde dificultam a efetividade desse acolhimento.

A percepção de algumas enfermeiras da APS, apontam para a necessidade de capacitação e fortalecimento da equipe para que possam atuar de forma integral e holística no cuidado a essas mulheres, reconhecendo as falhas na identificação e na rede de apoio (Duarte; Junqueira; Giuliani, 2019). Nessa perspectiva, julgam os limites estruturais, de conhecimento, de capacitação profissional, de integração da rede de enfrentamento, de falta de apoio familiar a essas mulheres como barreiras que interferem negativamente no atendimento e na quebra do ciclo da violência.

Portanto, vale destacar que se torna imprescindível o compromisso das instituições de saúde com o treinamento de seus profissionais, elaboração de protocolos e fluxogramas sobre a rede intersetorial, promovendo além da identificação e notificação, o cuidado referenciado para serviços especializados, quando necessário, sendo estes serviços uma estratégia eficaz por transcender a avaliação local. (Clark et al 2020; Silva & Ribeiro 2020).

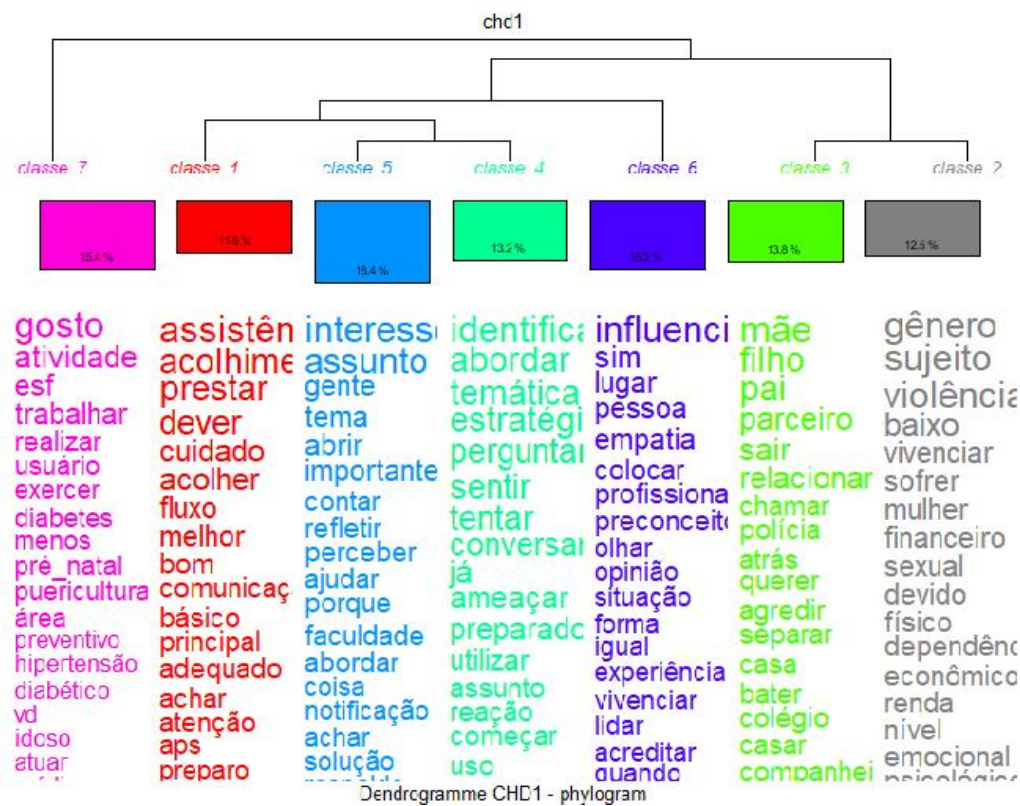
É relevante ressaltar a importância de que as profissionais de saúde estejam cientes dos recursos disponíveis para o atendimento de mulheres em situação de violência, uma vez que, seu enfrentamento demanda ações interdisciplinar e intersetorial. A capacitação das profissionais em habilidades de comunicação sensível, empatia e competência cultural também é essencial para estabelecer confiança e oferecer apoio adequado. (Amarijo, 2021)

Dos constructos concebidos por Moscovici e outros autores sobre a RS, tem-se a dimensão prática, que é aquela que orienta a tomada de atitude frente ao objeto. Por sua relação com a linguagem, com a ideologia, com o imaginário social e, principalmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as RS constituem elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem em processos que envolvem a saúde e a vida das pessoas.

ANÁLISE DO GRUPO 2 - MÉDICAS

A divisão do corpus do Grupo 2, resultou na formação de sete classes, a partir da CHD, e está representada na Figura 4, na qual se visualizam os sucessivos agrupamentos. A formação das classes ocorreu da seguinte forma: inicialmente, se deu uma primeira repartição, que logo emergiu a classe 7, no segundo momento, o restante do corpus passou por uma nova divisão, que se reparte e origina as classes 2 e 3. No restante do material ocorre mais uma divisão que originam a classe 6, em seguida a classe 1 e, por fim, se formam as classes 5 e 4. Assim, se estabiliza formando 3 blocos temáticos com 7 classes: o primeiro bloco composto pela classe 7, o segundo bloco com as classes 3 e 2 e o terceiro bloco com as classes 6, 1,5 e 4.

Figura 6 – Dendograma do grupo 2 Médicas



Fonte: Relatório do IRAMUTEq®, 2025.

Na Figura 6, referente ao Grupo 2 Médicas, a classe 5, concentra o maior número de ST utilizados, representando 18,4% do corpus, seguido da classe 7 com 15,4%, logo depois a classe 6 com 15,2%, a classe 3 com 13,8%, a classe 4 com 13,2%, a classe 2 com 12,5% e por fim, a classe 1 com 11,6% com o menor percentual.

Sobre o grupo 2, foi possível agrupar as classes em três blocos temáticos afins, referindo-se aos léxicos ou a representação que eles carregam. O primeiro bloco temático,

constituído pela classe 7, faz referência ao sentido de trabalhar na ESF pelas médicas. O segundo bloco, formado pelas classes 3 e 2, trazem os elementos constituintes que caracterizam a violência de gênero contra as mulheres para as médicas da atenção primária à saúde. O terceiro bloco temático, formado pelas classes 6,1,5,4, emerge conteúdos referentes a assistência prestada pelas médicas frente as situações de violências de gênero contra as mulheres, emergindo uma abordagem desse fenômeno no meio familiar e trazendo como destaque que a mulher que mais evidencia a violência de gênero são as que pertencem a grupos sociais mais vulneráveis. O quadro 16 apresenta os blocos com as temáticas de cada classe.

Quadro 16 - Distribuição das classes, temas e subtemas das representações sociais das médicas frente a violência de gênero contra as mulheres, do Grupo 2. Rio de Janeiro-RJ, Brasil 2025.

BLOCOS	GRUPO 1
Bloco 1 O sentido de trabalhar na ESF pelas médicas da APS	Classe 7: “Realização de trabalhar na ESF”
Bloco 2 Elementos constituintes que caracterizam a violência de gênero contra as mulheres para as médicas da APS.	Classe 3: A situação de violência de gênero contra às mulheres: a reprodução no ambiente doméstico Classe 2: Grupos de mulheres susceptíveis a situação de violência de gênero e a tipificação das violências
Bloco 3 Assistência prestada pelas médicas frente a violência de gênero contra as mulheres na ESF: a dimensão atitudinal	Classe 6: “A vivência da violência de gênero contra as mulheres pelo profissional: a influência no seu atendimento Classe 1: “A qualidade da assistência prestada frente a situações de violência de gênero contra as mulheres” Classe 5: “A violência de gênero contra as mulheres: O interesse pela temática. Classe 4: “Estratégias para abordar o tema da violência de gênero contra as mulheres nos atendimentos médicos”

Fonte: Silva e Queiroz, 2025

Os resultados apresentados pelos blocos foram analisados por temas conforme demonstrados no quadro acima e apresentam diferentes aspectos a partir dos significados que as médicas elaboraram sobre o objeto em questão. Para tanto, foi construído um quadro

referente a cada bloco temático com suas classes, que serão apresentados na descrição das classes, contendo as palavras mais significativas, com suas respectivas: frequência na classe (FC), frequência total (FT), o percentual de relação (%R) e o Chi2. Cabe salientar, que para a representação gráfica foram listadas apenas as palavras com maior significância estatística na classe ($p < 0,0001$) e em seguida analisado o bloco como todo a luz da TRS (Em construção).

BLOCO 1 - O sentido de trabalhar na ESF pelas médicas da APS

O bloco 1, que é composto unicamente pela classe 7, é formada por 120 ST e corresponde a 15,42 % de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. As palavras que formaram essa classe, com maior relevância estatística, estão apresentadas no Quadro 17 em ordem decrescente do Chi2. Além disso, as 11 palavras mais significativas dessa classe são apresentadas de acordo com as respectivas frequências das palavras nessa classe (fpc), frequências das palavras no total (fpt) e os percentuais de relação (pr). Esta classe também apresentou associação com as seguintes entrevistadas: Ent 15 ($p= 0,00805$), Ent 13 ($p= 0,02507$), Ent 2 ($p=0,12239$) e a variável gênero masculino ($p=0,0603$).

Quadro 17 - Classe 7 - “Realização de trabalhar na ESF”

CLASSE 7 -120/778 ST (15,42%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Gosto	59	63	93,65	321,57
Atividade	29	29	100,0	165,17
ESF	30	35	85,71	138,8
Trabalhar	36	54	66,67	116,8
Realizar	19	20	95,0	99,64
Usuário	49	131	37,4	59,34
Exercer	10	11	90,91	48,74
Diabetes	8	8	100,0	44,32
Menos	14	21	66,67	43,44
Pré-natal	9	10	90,0	43,19
Puericultura	7	7	100,0	38,73
Área	14	23	60,87	37,52

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

A classe 07 subsiste nos conteúdos dos ST dos seguintes léxicos: **gosto (321,57), atividade (165,17), ESF (138,8), trabalhar (116,8), realizar (99,64), usuário (59,34), exercer (48,74), diabetes (44,32), menos (43,44), pré-natal (43,19), puericultura (38,73), área (37,52)** e apresenta elementos que constituem os sentidos para as médicas de trabalhar na ESF, como se pode ver nos ST abaixo:

“Trabalhar na ESF é muito gratificante de poder ajudar os usuários e o que mais me encanta. A atividade que mais gosto de exercer é a VD (Visita Domiciliar), pois os usuários são muito carentes e esperam a gente.” (Med 6, Mulher)

“A APS é um serviço muito significativo e temos tido mais apoio. A atividade que mais gosto de exercer é o pré-natal e puericultura, pois conseguimos pegar a mulher na melhor fase da vida e dar um acolhimento com muito carinho e ter uma boa relação com a usuária.” (Med 20, Mulher)

“Trabalhar na ESF é um bom local para se trabalhar, é importante para ter esse contato com o usuário. Atuamos em muitas áreas e atuar com o ser humano é aprender a lidar com pessoas diferentes. É um local muito enriquecedor.” (Med 10, Mulher)

“Trabalhar na ESF é muito gratificante, atendemos os usuários e a família dele ao longo do tempo.” (Med 11, Mulher)

“A atividade que mais gosto de exercer é o acompanhamento familiar mesmo, traçar as estratégias para a família, compreender o usuário. Acho que não tem nenhuma atividade que eu não goste de realizar, o que não tenho muita afinidade é a vacinação e peço ajuda dos colegas” (Med 9)

“Trabalhar na ESF é muito desafiador. Eu gosto de atender os usuários independente da queixa e ver a resolução no tratamento, ver a satisfação do usuário é a melhor satisfação.” (Med 2, Homem)

DISCUSSÃO

Nos sentidos que emergiram, percebe-se uma dimensão afetiva avaliativa positiva das RS frente ao trabalho que as médicas exercem na ESF, pois objetivam o trabalhar na APS como um trabalho gratificante, enriquecedor e satisfatório. Assim, como as enfermeiras, o contexto de satisfação, as médicas destacam nos ST as preferências nos atendimentos e demonstram que a satisfação está fortemente relacionada ao vínculo criado com os usuários, a possibilidade de acompanhar a evolução dos mesmos e de seus familiares. Dentre os setores de maior preferência, destacam os atendimentos de pré-natal, puericultura e as visitas domiciliares e, interpretam que seu trabalho tem um impacto direto e positivo na vida dos usuários, gerando um sentimento de realização.

É possível identificar que através dos ST as condições de trabalho influenciam na satisfação das médicas da APS, pois tem a longitudinalidade do cuidado e conseguem observar a satisfação do usuário (Vitali et al 2020).

Desse modo, o trabalho na APS é caracterizado da mesma forma que em outros setores saúde, entretanto, opera de maneira particular, pois o objeto de trabalho, além do indivíduo e famílias, inclui toda a população do âmbito do território assumido pelas equipes. Nesse sentido, o fazer dos trabalhadores é acompanhado de muitas peculiaridades a serem consideradas na própria organização do trabalho, dentre elas o vínculo com os usuários do serviço, o trabalho em equipe interdisciplinar e o modo de produção em saúde que deve priorizar atividades de promoção e prevenção. (Brasil, 2011)

Fazendo um comparativo com o boco 1 das enfermeiras, é possível perceber que no ST das médicas não emerge a dimensão avaliativa negativa das RS, de relacionar o trabalho na APS como cansativo e estressante, como aparece nos ST das enfermeiras. Isso pode estar pautado, na carga horária das médicas da APS que é menor, como visto no perfil das participantes, assim como algumas responsabilidades administrativas que estão mais a cargo das enfermeiras.

Sobre esse assunto, para Silva, Austríaco-Teixeira (2025) a atuação dos médicos na APS está diretamente relacionada à construção de vínculos, ao conhecimento do território, à capacidade de escuta, acolhimento, mas principalmente, voltada na clínica do usuário. Os médicos têm uma flexibilização da carga horária de 40h para 20h semanais, o que reduz o tempo de atuação na APS, gerando assim, uma sobrecarga de trabalho menor. (Brasil, 2011)

Nesta perspectiva, a análise desses ST permite presumir que o objeto representacional das médicas é capaz de mover sentimentos e valores, que por sua vez geram atitudes e comportamentos específicos, que nesse estudo foram diferentes das enfermeiras. Portanto, nesse processo estruturante de construção de pensamento da RS é possível perceber a satisfação das médicas em atuar na APS, uma vez que ancoram o objeto a partir de valores positivos.

BLOCO 2 - Elementos constituintes que caracterizam a violência de gênero contra as mulheres para as médicas da APS

Este bloco é composto pelas classes 3 e 2 e trouxe aspectos importantes relacionados aos conteúdos e sentidos da violência de gênero contra as mulheres para médicas da atenção primária à saúde, onde buscam interpretar esse fenômeno. Na classe 3 emerge o contexto familiar como um fator explicativo da violência de gênero contra as mulheres, enquanto na classe 2, os ST e os léxicos apontam as mulheres como sendo o grupo populacional de maior vulnerabilidade a vivenciar as situações de violência de gênero.

A classe 3 é composta por 107 ST e corresponde a 13,75% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. As palavras que formaram a classe, com maior

relevância estatística, estão apresentadas no quadro 18 em ordem decrescente do Chi2 e foram **mãe (88,43), filho (81,37), pai (76,43), parceiro (58,5), sair (48,83), relacionamento (47,49)**. Esta classe também apresentou associação com as seguintes entrevistadas: Ent 25 ($p < 0,0001$), Ent 20 ($p = 0,00058$), Ent 4 ($p = 0,00588$) e a variável gênero feminino ($p = 0,12508$).

Quadro 18 - Classe 3- A situação de violência de gênero contra às mulheres: a reprodução no ambiente doméstico.

CLASSE 3 -107/778 ST (13,75%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 ($P < 0,0001$)
Mãe	18	22	81,82	88,43
Filho	25	41	60,98	81,37
Pai	12	12	100,0	76,43
Parceiro	32	75	42,67	58,5
Sair	16	27	59,26	48,83
Relacionamento	14	22	63,64	47,49

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Segue abaixo alguns ST que explicam a interpretação das médicas participantes sobre a VGCM. Nesses ST, as médicas entendem que esse fenômeno é produto de ambiente doméstico violento, onde ocorre a reprodução da VGCM nas gerações, naturalizando a atitude da violência de gênero:

“Existe muito relacionamento tóxico e, às vezes, ela não consegue sair da relação, pois é uma mulher que na família, a mãe passou por isso, a avó se submeteu a isso, então é a história natural dela”
(Med 11, Mulher)

“Quando começamos a fazer dose supervisionada em domicílio, ela pediu socorro, mas percebemos que o parceiro estava em casa no outro cômodo. Ele fazia uso de drogas e ele gritava se você fizer algo vou matar você.” (Med 20, Mulher)

Nessa perspectiva de representação da VGCM no contexto familiar, algumas médicas mulheres ressaltaram a vivência desse fenômeno dentro das suas casas, conforme apresentado nos ST abaixo:

“Eu tive a experiência da violência de gênero com minha mãe e meu pai. Eles foram casados muitos anos, mas ele era uma pessoa muito violenta e difícil. Chegou um ponto que minha mãe falou que não aguentava mais, mas ficou mesmo assim.” (Med 11, Mulher)

“Tento mostrar isso para minhas filhas para elas não passarem por isso... Eu me mantinha numa relação violenta porque ele sempre foi um excelente pai... Não vivemos juntos mais como casal, mas ainda moramos na mesma casa pela parte financeira e pelas filhas.” (Med 4, Mulher)

A classe 2 é composta por 97 ST e corresponde a 12,47% como referências nessa classe (Quadro 19), temos as entrevistadas Ent 21 (p=0,01619), Ent 1 (p=0,03961), Ent 11 (p=0.09996) e a variável da abordagem do tema da violência de gênero (0,07862) seja na sua formação acadêmica ou pós-graduação. Os principais léxicos são: **gênero (117,52), sujeito (114,69), violência (112,79), baixo (77,16), vivenciar (56,44), sofrer (55,78), mulher (51,45), financeiro (50,88), sexual, (47,73), devido (45,41), físico (38,45), dependência (35,59) e econômico (35,33).**

Quadro 19 - Classe 2- Grupos de mulheres susceptíveis a situação de violência de gênero e a tipificação das violências

CLASSE 2 -97/778ST (12,47%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Gênero	68	197	34,52	117,52
Sujeito	16	16	100,0	114,69
Violência	83	287	28,92	112,79
Baixo	13	15	86,67	77,16
Vivenciar	31	80	38,75	56,44
Sofrer	33	89	37,08	55,78
Mulher	72	317	22,71	51,45
Financeiro	14	23	60,87	50,88
Sexual	14	24	58,33	47,73
Devido	10	14	71,43	45,41
Físico	19	45	42,22	38,45
Dependência	7	9	77,78	35,59
Econômico	5	5	100,0	35,33

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Nessa classe emerge um conteúdo onde as mulheres são consideradas as que mais vivenciam situações de violência de gênero, destacando ainda os tipos de violências mais incidentes que chegam para os atendimentos na ESF.

“Hoje em dia acho que todas as mulheres estão sujeitas a sofrerem a violência de gênero, infelizmente.” (Med 6, Mulher)

“A violência mais incidente é a verbal de todos os casos que eu atendi. Alguns colegas atendem mais casos de violência física, em consulta de saúde mental, mas relatam que são mulheres que sofrem muita violência verbal.” (Med 16, Mulher)

“A primeira mulher que atendi que sofreu violência de gênero foi o padrasto dela, ela morava sozinha com os dois filhos e estavam na creche ele agrediu ela fisicamente e verbalmente.” (Med 16, Mulher)

“As mulheres que mais sofrem a violência de gênero, que normalmente é a verbal e a física.” (Med 21, Mulher)

Já atendi mulheres que vivenciaram a violência de gênero, sendo os mais casos de violência psicológica que sofreram no trabalho ou na escola.” (Med 18, Mulher)

Diante de elegerem o segmento feminino como o mais susceptível as questões de violência de gênero contra as mulheres, as médicas buscam explicar os motivos que consideram essa maior suscetibilidade.

“As mulheres dona de casa, sem trabalho e com filhos, essas sim são as que mais sofrem, devido ao machismo” (Med 21, Mulher)

“As mulheres que mais estão sujeitas a vivenciarem a violência de gênero são as com baixo nível sócio econômico e mulheres com

filhos, pois o julgamento é maior. Já atendi muitas mulheres que tenham vivenciado a violência de gênero.” (Med 10, Mulher)

“Todas as mulheres estão sujeitas a violência de gênero, principalmente, aquelas que vem de uma história de uma família violenta e preconceituosa. Estas estão mais sujeitas.” (Med 19, Mulher)

“Com a baixa instrução, muito estigma, sem orientação sexual, sem cuidados de prevenção (Med 18, Mulher)

“As mulheres mais sujeitas a violência de gênero são mulheres dependentes do parceiro, não só pela questão financeira, mas pela questão da dependência emocional. Elas acreditam que não conseguem gerir a casa sozinha, que precisam da figura masculina perto delas.” (Med 17, Mulher)

DISCUSSÃO

Esse bloco é composto de duas classes, sendo a classe 3 com ST onde as médicas trazem suas representações da VGCM ancoradas no contexto familiar, enquanto na classe 2, os ST e os léxicos apontam as mulheres como sendo o grupo populacional de maior vulnerabilidade a vivenciar as situações de violência de gênero e trazem as tipificações da VGCM.

Nesse sentido, as participantes elaboram e interpretam a VGCM sendo ancorada na violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo. Essa representação pode estar pautada, principalmente, pela vivência em seu contexto profissional, mas também, familiar desse tipo de violência. O processo de representar um objeto é torna-lo presente, em um processo constante de interação entre sujeito-mundo-objeto, nos levando a entender como os sujeitos constroem o seu conhecimento estando inscrito em uma ordem social e cultural (Arruda, 2020). Com isso, é possível, entender a ancoragem que as médicas fazem da VGCM, na violência doméstica, pois o processo de ancorar é dar a produção de sentido por meio de aspectos culturais, históricos institucionais e vivências em seu meio social (Trindade et al 2014)

A ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que é próprio, denominando-o e classificando-o em função dos laços que esse objeto mantém em sua inserção social. Frente a essa perspectiva, as experiências vivenciadas pelas

médicas em seu meio social fizeram com que traduzissem a VGCM especificamente em violências no ambiente privado e doméstico.

Nessa classe existe um predomínio do universo consensual, apesar de percebemos que os saberes retificados se cruzam e se complementam. As lembranças do passado ancoram as RS como fonte de familiarização do objeto presente. (Aléssio, Santos 2014). Esses pontos evidenciam que as RS das médicas na APS sobre VGCM são complexas e carregam influências de seu contexto de vida que impactam no reconhecimento, no acolhimento e na prática frente as situações de violências de gênero.

Ainda, na elaboração e interpretação da VGCM, as médicas da APS elegem as mulheres como um dos grupos de maior vulnerabilidade a essas violências, o que vem ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais. (Ávila, Areosa 2023; Leddy et al, 2019) que também apontam que são as mulheres o segmento de maior suscetibilidade a sofrer violência a qualquer momento da vida, somente pelo fato de serem mulheres. Inclusive estimativas globais publicadas pela OPAS indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida (OPAS, 2022)

Vale ressaltar que a VGCM envolve 3 estruturas sociais, o patriarcado, o machismo e o capitalismo que agem de modo insidioso e operam por meio de lógicas que vão hierarquizar corpos e vidas. As relações de poder que permeiam a sociedade e as famílias, e que se valem da inferiorização do gênero feminino mediante a supremacia do patriarcado, alimentam a violência de gênero reproduzida contra as mulheres. (Meneghel, Margarites, 2017), como já discutido anteriormente.

No entanto, as participantes ainda pontuam que dentre o segmento de mulheres, aquelas que possuem condições socioeconômicas mais precárias, estão mais sujeitas a essas situações, trazendo a relação entre fatores socioeconômicos e violência contra a mulher. Ademais, em muitos casos, as mulheres ficam ao lado do agressor por falta de recursos financeiros, constrangimento, medo, bem como, para a proteção dos filhos, (Andrade, Souza, 2021).

Embora a VGCM constitua uma característica social transversal, afetando mulheres de todos os estratos sociais, independentemente de escolaridade ou posição socioeconômica, as participantes deste estudo - médicas de estratos sociais mais elevados- percebem as mulheres de baixa renda e escolaridade como as principais vítimas. Essa percepção reflete padrões observados em pesquisas nacionais (Vasconcelos, et. al. 2021 e Meneghel, Margarites, 2017) onde a prevalência é maior entre mulheres em vulnerabilidade social, como as de baixa escolaridade e negras, embora subnotificações ocorram em grupos de maior renda. Paradoxalmente, as próprias médicas relatam vivências de violência doméstica, evidenciando

que a influência transcende as classes sociais e atinge, todas as mulheres, inclusive, as profissionais de saúde.

As representações sociais da VGCM, influenciadas pela mídia e pelo contexto cultural brasileiro, reforçam a ideia de que a violência é mais "visível" nas classes baixas. Essa visão se alinha à TRS, onde a manifestação da violência contra as mulheres é ancorada em estereótipos de vulnerabilidade socioeconômica, demandando intervenções em saúde pública que abordem todos os perfis. (Leandro et. al 2023)

Vale ressaltar também que no âmbito das RS, a VGCM assume distintas tipificações, que dialogam diretamente com valores culturais vigentes. As médicas nesse bloco tipificam a VGCM de duas formas: violência física e psicológica, como pode ser observado nos ST.

A violência física e psicológica contra as mulheres são as mais comuns devido à desigualdade de gênero estrutural, que legitima o controle masculino e normaliza agressões nas relações íntimas, frequentemente, iniciando com abusos emocionais antes de escalar para atos corporais visíveis. Um estudo recente realizado no Brasil (Mitidieri, 2025) indica que o impacto psicológico da VGCM chega a 89% das vítimas, seguido pela física em cerca de 76%, enquanto as formas como sexual ou patrimonial são menos prevalentes.

Essas diferentes formas de violência são compreendidas e perpetuadas por RS, que atribuem à mulher uma posição de subalternidade e ao homem lugar de poder. Assim a tipificação da violência de gênero não se limita a classificação jurídica dos atos, mas envolve a compreensão crítica de como a sociedade constrói sentidos que moldam percepções, justificativas e respostas às situações de violência. Portanto, a análise da tipificação da violência de gênero a partir das RS permite destacar que o enfrentamento desse fenômeno demanda não apenas de respostas legais ou institucionais, mas transformações profundas nos sistemas simbólicos que sustentam as desigualdades sociais. (Moscovici, 2015)

BLOCO 3 - Assistência prestada pelas médicas frente a violência de gênero contra as mulheres na ESF: dimensão atitudinal e prática

Nesse bloco emerge conteúdos específicos com relação ao atendimento às mulheres frente a violência de gênero. Esse bloco é composto de 4 classes: 6,1,5,4, é composta por 118 ST e corresponde a 15,17% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software, tendo os principais léxicos: **influenciar (208,26), Sim (96,67), lugar (89,97), pessoa (73,85), empatia (71,51), colocar (67,76), profissional (64,56), preconceito (55,43), olhar (39,62), opinião (39,51), situação (35,02) (QUADRO 20).** De acordo com o relatório emitido pelo

IRAMUTEq® a classe 6 apresentou associação com as entrevistas Ent 15 (p=0,00197), Ent 19 (p= 0,00970) e Ent 23 (p=0,08255) e a variável associada foi raça/cor parda.

Quadro 20 - Classe 6: A vivência da violência de gênero contra as mulheres pelo profissional: a influência no seu atendimento

CLASSE 6 -118/778 ST (15,17%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Influenciar	39	42	92,86	208,26
Sim	29	43	67,44	96,67
Lugar	21	26	80,77	89,97
Pessoa	42	93	45,16	73,85
Empatia	24	38	63,16	71,51
Colocar	20	29	68,97	67,76
Profissional	41	96	42,71	64,56
Preconceito	11	12	91,67	55,43
Olhar	13	20	65,0	39,62
Opinião	7	7	100,0	39,51
Situação	38	113	33,63	35,02

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os conteúdos dessa classe apresentam elementos que mostram que as médicas entendem que a vivência da situação de violência de gênero contra as mulheres pelos próprios profissionais de saúde influencia de forma positiva nos atendimentos as mulheres, pois esses se tornam mais atentos e sensíveis no cuidado às mulheres que vivenciam a mesma situação, como se pode verificar nos ST abaixo:

“Eu acho que influencia sim quando um profissional vivencia a violência de gênero, até porque a pessoa tem uma sensibilidade maior com o tema como qualquer tipo de doença. Ela acaba sabendo mais como falar e orientar.” (Med 23, Mulher)

“O fato de o profissional ter vivenciado a violência de gênero influencia no atendimento prestado a essa mulher, porque quando você já viveu sente na pele.” (Med 16, Mulher)

“Eu tive a experiência de violência de gênero com familiares e viro muito advogada da pessoa que está sofrendo a violência.” (Med 10, Mulher)

“Quando o profissional de saúde vivencia a situação de violência de gênero liga um sinal e um alerta... Ele acaba identificando mais rápido e você se coloca no lugar daquela pessoa.” (Med 11, Mulher)

“Você vivência e tem a possibilidade de estar diante de uma situação semelhante faz você olhar aquela situação de forma diferenciada.” (Med 8, Mulher)

“Acredito que quem já passou por essa situação de violência de gênero se coloca no local do outro e tem outro olhar. Eu pessoalmente já vivenciei a violência, sou da época em que não se falava da violência moral.” (Méd 4, Mulher)

A classe 1 é composta por 90 ST e corresponde a 11,57% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. Esta classe subsiste nos conteúdos dos ST dos seguintes léxicos: **assistência (121,06), acolhimento (108,2), prestar (99,48), dever (93,61), cuidado (62,22), acolher (58,97), fluxo (45,56), melhor (44,88), bom (42,49), comunicação (38,47), básico (36,17) (QUADRO 21)** e nas associações com as entrevistas Ent 8 (p=0,00012) e Ent 8 (p=0,09691) e a variável gênero masculino (p=<0,0001).

Quadro 21 - Classe 1: A qualidade da assistência prestada frente a situações de violência de gênero contra as mulheres.

CLASSE 1 -90/778 ST (11,57%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Assistência	24	34	70,59	121,06
Acolhimento	17	20	85,0	108,2
Prestar	19	26	73,08	99,48
Dever	23	38	60,53	93,61
Cuidado	18	33	54,55	62,22
Acolher	16	28	57,14	58,97
Fluxo	7	8	87,5	45,56
Melhor	17	37	45,95	44,88
Bom	18	42	42,86	42,49
Comunicação	5	5	100,0	38,47
Básico	8	12	66,67	36,17

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os elementos constituintes dessa classe parecem demonstrar como as médicas julgam e classificam a qualidade da assistência prestada às mulheres que vivenciam as situações de violências de gênero, tendo em vista que destacam o tipo de cuidado que deve ser prestado a essas mulheres na atenção primária à saúde, como se pode verificar nos ST abaixo:

“Eu acho que minha assistência a essas mulheres é boa na medida do possível, pois por mais que eu oriente e fale para ela que estou aqui, que estou disponível, depende de ela querer ajuda.” (Med 5, Mulher)

“Eu acho que minha assistência a essas mulheres é boa, mas tem ainda muito que crescer, às vezes, eu observo determinados profissionais que tem costume de lidar com esses casos e eu quero me engajar, mas não quero absorver muito.” (Med 10, Mulher)

“Eu acho que minha assistência a essas mulheres tem muito acolhimento e empatia, mas falta um pouco de abordagem técnica de conceitos e estratégias mais eficazes para atender essas mulheres considerando a experiência de outros profissionais da unidade.” (Med 8, Mulher)

“Eu me sinto totalmente preparada para prestar essa assistência, mas primeiramente temos que acolher, fazer as usuárias se sentirem confiantes pelo profissional que está fazendo a escuta.” (Med 22, Mulher)

“A gente faz o acolhimento delas independente da hora e avisa que será um atendimento demorado e a mulher se sente acolhida. O cuidado prestado a essas mulheres deve ser acolhedor.” (Med 19, Mulher)

“Eu percebo que tem profissionais na clínica que eu atuo que acolhem bastante essas mulheres, acho que a característica específica que o profissional deve ter é empatia porque é o que as

mulheres que estão nessa situação estão precisando.” (Med 17, Mulher)

“Aqui na clínica vejo um acolhimento dessas mulheres ser bem legal, em outros lugares que trabalhei também tive experiências muito boas, acolhiam bastante essas mulheres desde o controlador de acesso até o enfermeiro ou médico.” (Med 19, Mulher)

A classe 5 é composta por 143 ST e corresponde a 18,38% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. Esta classe subsiste nos conteúdos dos ST dos seguintes léxicos: **interesse (50,4), assunto (46,48) (QUADRO 22)** e nas associações com as entrevistas Ent 14 (p=0,00165) e Ent 17 (p=0,04117) e a variável gênero feminino (p=0,02140).

Quadro 22 - Classe 5: O interesse pela temática: A diferença entre os gêneros.

CLASSE 5 -143/778 ST (18,38%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2 (P<0,0001)
Interesse	19	27	70,37	50,4
Assunto	32	64	50,0	46,48

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os conteúdos dessa classe demonstram o interesse das médicas pelo assunto da violência de gênero contra as mulheres e alguns referem não ter dificuldades em abordar o tema com as mulheres, porém não foi uma unanimidade. Aqui emerge também uma diferença entre o atendimento as violências do profissional masculino e feminino. Para os entrevistados, os homens não têm muito interesse, além de apresentarem dificuldades em abordar o assunto, o que difere da profissional mulher que parece mais sensível ao tema:

“Eu tenho muito interesse por esse assunto de violência de gênero, acho muito importante. Antes de começar a trabalhar eu fiz estágio na APS e o que eu percebo é que os homens não sabem como abordar, eles não se identificam com isso.” (Med 10, Mulher)

Eu tenho muito interesse por esse assunto de violência de gênero por questões dos meus afetos dos meus amigos gays, que também sofrem com a violência.” (Med 19, Mulher)

Eu tenho bastante interesse pelo assunto violência de gênero, estou sempre lendo sobre isso, não sinto dificuldades.” (Med 1, Mulher)

“Eu não sinto dificuldade de abordar o assunto, eu tenho interesse por esse assunto de violência de gênero, pois é uma demanda que vem acontecendo muito, é recorrente e faz parte da nossa realidade, não só como profissional, mas na vida da gente de nós mulheres.” (Med 8, Mulher)

“Eu tenho dificuldade de como vou abordar, de como vou falar com ela, e por muitas vezes, peço ajuda a psicóloga para essa abordagem e sinto dificuldades de ter mais abordagem para fazer.” (Méd 7, Mulher)

“Eu não tenho dificuldade com o tema, e sim como abordar essa mulher de não gerar problemas para mim enquanto médica da unidade.” (Méd 23, Mulher)

A classe 4 é composta por 103 ST e corresponde a 13,24% de aproveitamento do material que foi classificado pelo software. Esta classe tem como principais léxicos: **identificar (77,31), abordar (69,18), temática (66, 82), estratégia (65,89), perguntar (61,5), sentir (60,91), tentar (58,45), conversar (48,79), já (44,18), ameaçar (39,63), preparado (37,95) (QUADRO 23)** e apresenta associações com as entrevistas Ent 22 (p=0,00141), Ent 18 (p=0,08861), Ent 23 (p=0,14735) e não tendo variáveis associativas.

Quadro 23 - Classe 4 - Estratégias para abordar o tema da violência de gênero contra a mulher nos atendimentos médicos

CLASSE 4 -103/778 ST (13,24%)				
PALAVRA	(FPC)	(FPT)	(PR)	Chi2

				(P<0,0001)
Identificar	24	41	58,54	77,31
Abordar	35	82	42,68	69,18
Temática	14	18	77,78	66,82
Estratégia	18	28	64,29	65,89
Perguntar	20	35	57,14	61,5
Sentir	33	80	41,25	60,91
Tentar	31	74	41,89	58,45
Conversar	18	34	52,94	48,79
Já	39	122	31,97	44,18
Ameaçar	6	6	100,0	39,63
Preparado	19	43	44,19	37,95

Fonte: elaborada pela autora, extraído do Software IRAMUTEQ. Rio de Janeiro-RJ 2025.

Os conteúdos dos ST desta classe demonstram como as médicas se sentem ao abordar a temática da violência de gênero contra as mulheres e quais estratégias utilizam na hora dos atendimentos.

“Eu já identifiquei casos de violência de gênero nos atendimentos as usuárias e tento ser a mais acolhedora possível para ela se sentir o mais confortável possível para dividir aquela situação.” (Med 8, Mulher)

“Não é uma coisa que faz parte da minha prática, não pergunto a todas as mulheres que atendo, mas me sinto preparada sim.” (Med 9, Mulher)

“A estratégia que utilizo pra abordar a temática é conversar, pergunto o que está causando a doença mental que ela relata e falo de diversas abordagens que eu posso ter como desde medicamentoso até a psicoterapia, mas preciso entender quais são os gatilhos que ela está tendo.” (Med 24, Mulher)

A estratégia que utilizo para abordar a temática é conversar, as vezes atendo junto com a enfermeira da minha equipe ou com a psicóloga.” (Med 23, Mulher)

“Tratamos mais da queixa que ela apresenta no momento. Se a mulher já chega pedindo socorro nós damos o suporte. Eu não

tenho uma estratégia fechada para abordar o assunto, eu vou conduzindo conforme ela fala.” (Med 4, Mulher)

“Eu me sinto preparada pois eu sempre tento acolher sem julgar é uma situação muito delicada que tem que criar um vínculo e se atende ela hoje já marca a consulta de retorno para acompanhar ela mais de perto.” (Med 20, Mulher)

“Deixo claro que ela pode falar e que tudo ficará em sigilo até para elas terem confiança.” (Med 19, Mulher)

“Eu prefiro abordar de uma forma mais leve para eu perceber se é algo mais sério. Caso seja mais sério, tenho que abordar de uma forma mais incisiva.” (Med 1, Mulher)

DISCUSSÃO

Frente a elaboração do fenômeno estudado no bloco anterior, no bloco 3 é possível perceber a representação das médicas sobre o interesse pela temática da VGCM, como classificam e julgam o seu atendimento, trazendo as estratégias que devem ser utilizadas na hora de prestar assistência as mulheres que vivenciam a VGCM. Além disso, nos ST destaca-se como impacta nos atendimentos quando um profissional de saúde já vivenciou a VGCM.

Nesse contexto, verifica-se as dimensões atitudinais e práticas das RS frente ao atendimento as mulheres que vivenciam a violência de gênero. Jodelet (2012), explica que a RS, é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivo prático e concorre para elaboração de uma realidade comum de um conjunto social.

Conforme vamos elaborando o processo representacional, sempre a partir da relação com outros sujeitos e com a sociedade, vamos mudando nossos pensamentos, ideias, comportamentos e práticas. Isso significa que, ao nos comunicarmos, as representações vão se transformando – daí seu caráter dinâmico, processual e prático (Roso, Gass 2018).

Assim, as médicas que vivenciam/vivenciaram situações de violências, classificam seus atendimentos como diferentes, tornando-os mais sensíveis e empáticos. Sobre essa lógica de pensamento, Roso e Gass afirmam que “as representações sociais são práticas em ação, em movimento, como se fossem um elástico ora esticado, ora solto” (Roso; Gass, 2018, p. 449). Desta forma, podemos entender que as experiências vividas pelas participantes integrem o

campo representacional da VGCM. Assim como, indicam algumas mudanças no processo atitudinal frente ao atendimento, o que vai ao encontro da noção dinâmica de representação desenvolvida por Moscovici (2015).

Diante dessa lógica, as médicas que vivenciaram as situações de violência em seu ambiente privado e doméstico parecem apresentar diferentes atitudes, acreditando que essa vivência trouxe maior empatia e sensibilidade para assistir essas mulheres, emergindo aqui, a dimensão afetiva das representações sociais. Os afetos são tanto resultados dessas representações quanto forças que impulsionam as participantes a ressignificarem e mudarem a sua prática de atendimento.

Essas experiências das entrevistadas revelam como as RS da VGCM estão carregadas de afetos negativos como dor, solidão, injustiça, tristeza. Esses elementos que compõem o universo representacional da VGCM para essas participantes não se apresentam de modo estático: são moldados por suas biografias, suas relações e o contexto social, seu conhecimento reificado, normas sociais e questões de gênero.

Nessa perspectiva, identifica-se que as ações das médicas frente às mulheres, que vivenciam situações de violências, precisam ser permeadas pela humanização do cuidado, acolhimento ativo e empático (Can Özdemir, Işık, Nazik, 2023).

Ainda diante da dimensão prática, as médicas julgam e classificam a qualidade da assistência prestada às mulheres que vivenciam as situações de violências de gênero. Emergindo a dimensão avaliativa das RS. Nesse processo de julgamento, classificam como “bons atendimentos” apesar de apontarem fragilidades, como falta de preparo, dificuldade em abordar o assunto, escasso conhecimento técnico, falta de interesse pelo assunto de alguns profissionais, medo de abordar o assunto, dentre outros. Essas questões, como Souza, Rezende, (2018) afirmam acabam por influenciar na criação de vínculos, na identificação da agressão, em encaminhamentos para a rede de enfrentamento as situações de VGCM e, consequentemente, na qualidade e resolutividade dos atendimentos.

Outro aspecto levantado pelas participantes, foi com relação ao interesse pela temática, fato que como afirma Acosta, et al. (2017) é fundamental para que o profissional de saúde se envolva e busque conhecimentos sobre o tema da VGCM, não só para identificar casos de violência, mas para saber abordar a vítima, promover acolhimento e dar seguimento ao atendimento.

Nesse sentido, Freitas, et al. (2017) acrescenta ainda que, nota-se pouca atenção dos profissionais de saúde na identificação dos agravos, o que torna boa parte das ocorrências invisíveis. Isso se deve ao fato de que o conhecimento dos profissionais quanto ao manejo deste

problema é superficial, muitas vezes, pelo desinteresse sobre o tema (Cordeiro, et al., 2022; Souza e Rezende, 2018).

Outro ponto a ser destacado pelas médicas é a falta de interesse dos profissionais homens sobre a temática, pois consideram que é um assunto inerente a todas as mulheres. Vale ressaltar ainda que as participantes que destacaram o interesse pelo tema se devem muito pela experiência e vivência da VCGM em seu ambiente social, seja com parentes e/ou amigos ou por ser um assunto inerente a todas as mulheres.

Considerando os impactos da VGCM na vida profissional das participantes, as médicas lançam mão de estratégias para enfrentar tal situação, dentre elas, citam: acolhimento, escuta atenta, manter sigilo, falar das possíveis abordagens ao tema, fazer consulta conjunta com outro profissional e, até mesmo, trazer tratamento medicamentoso para as questões de saúde mental ou não ter uma estratégia fechada, mas ir conduzindo conforme a necessidade.

Um estudo de revisão bibliográfica de Maia, et al. (2020) aponta que algumas estratégias têm sido adotadas pelos profissionais de saúde nas comunidades, entre elas, grupos de mulheres, acolhimento, escuta atenta e visitas domiciliares, porém afirmam que a falta de padrão nas ações dos profissionais diante dos casos e a falta de preparo para lidar com tal problema, reforça o sentimento de insegurança (Gomes et al., 2022; Maia, et al., 2020;).

Em suma, nesse bloco, fica evidente a dimensão atitudinal/prática da TRS. A construção das RS parte da diversidade dos indivíduos e da estranheza das atitudes e fenômenos, sendo assim, buscam tomar uma posição, o que significa escolher um dos paradigmas estocados na memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com o fenômeno (Moscovici, 2015).

As RS são construídas para elaborar uma realidade, elas guiam o comportamento, influenciam a forma de se comportar no mundo, pois como Moscovici (2015) afirma, para as tomadas de decisões é preciso acessar as RS, sobre determinado objeto.

CAPÍTULO 8 - TEORIA LEIGA SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VGCM POR ENFERMEIRAS E MÉDICAS

Essa pesquisa parte do referencial teórico das Representações Sociais, entendidas como formas de conhecimento socialmente construídas. Os resultados encontrados, após a aplicação e triangulação na coleta e análise dos dados emergidos por meio do perfil socioeconômico e demográfico, em conjunto com a árvore de similitude processada pelo no software IRAMUTEq® e grupos de pertença, processados no software IRAMUTEq®, permitiu mergulhar nas contextualizações e processos formadores das representações das enfermeiras e médicas que assistem as mulheres que sofrem violência. Considerando seus valores históricos e culturais, conteúdos e sentidos, essa tese teve o intuito de desvelar o que se pensa e como age as enfermeiras e médicas acerca do objeto em questão.

A partir dos diferentes procedimentos analíticos adotados, determinou-se a construção de dois campos de representação, estruturado e hierarquizado, conforme cada grupo de pertença. Moscovici (2012, p. 64) define que “a dimensão que é designada como campo de representação nos remete à ideia de imagem de modelo social, com conteúdo concreto das proposições que expressam um aspecto determinado do objeto da representação”.

Na perspectiva da TRS, proposta por Serge Moscovici, os sujeitos constroem, coletivamente, sistemas de saberes que dão sentido à realidade, organizando a experiência cotidiana e orientando práticas sociais. Esses saberes, que circulam no chamado Universo Consensual, não possuem caráter científico, mas são construídos na vida social, uma vez que oferecem explicações, justificativas e orientações sobre os diversos fenômenos. E é nesse contexto, que surgem as Teorias Leigas, que podem ser compreendidas como sistemas de conhecimentos elaborados no âmbito do senso comum, estruturados a partir de representações socialmente compartilhadas, ou seja, sistemas de explicações práticas e simbólicas que organizam sentidos sobre a violência de gênero contra mulher.

Outro aspecto que pode ser analisado é a polissemia, um conceito importante nos estudos de RS, que analisa a linguagem, os sentidos atribuídos aos objetos de representação e as disputas simbólicas dentro do campo representacional. A polissemia, é a capacidade de uma palavra, expressão ou imagem ter múltiplos significados, dependendo do contexto em que é usada, de quem a usa e de como circula socialmente.

Diante disso, a polissemia do objeto de estudo, reflete a pluralidade de vozes sociais e os diferentes regimes de sentido que circulam nos campos representacionais. Ela é importante para compreender como as representações são negociadas no cotidiano, e como se estruturam tensões entre saberes científicos, leigos, econômicos, políticos e vivências.

A partir desse contexto, foi possível visualizar a construção de dois grandes campos representacionais sobre a VGCM, de forma estruturada e hierarquizada, apresentando aproximações entre os dois grupos de pertença – enfermeiras e médicas - mas também distanciamentos nas representações. A seguir, apresentaremos cada campo representacional relacionado a cada grupo de pertença.

8.1 Campo representacional sobre a VGCM elaborado pelas enfermeiras da APS

Antes de descrever o campo representacional, é válido resgatar as características desse grupo. Esse campo representacional foi construído num contexto de mulheres negras, na faixa etária de 25 a 34 anos, quanto aspecto religioso são na grande maioria católicas. No que concerne a naturalidade são especialmente do Rio de Janeiro e a maior concentração das participantes residem na zona oeste. Em relação a conjugalidade a maioria é casada e possuem filhos, apresentam uma renda de 6 a 8 salários-mínimos. Em relação a parte profissional possuem menos de 5 anos de graduação, são pós-graduadas, a grande maioria trabalha na ESF a 5 anos, com carga horária de 40 h, tendo apenas um vínculo empregatício e quando foram abordadas sobre capacitação quanto a temática de VGCM a maioria refere nunca ter tido aulas ou debates sobre a temática.

O que emerge desse grupo não é apenas um conjunto de dados, mas uma narrativa coletiva de profissionais de saúde, especificamente de enfermeiras, que atuam na ESF e apresentam suas RS com base nas suas vivências sobre a VGCM.

Inicialmente, essas enfermeiras trazem uma dimensão afetiva ambígua em relação a trabalhar na ESF, pois referem a satisfação e prazer, mas, ao mesmo tempo, cansaço e estresse em atuar na ESF.

A elaboração da VGCM, as enfermeiras ancoram esse objeto num contexto familiar e opressão do homem, objetivando-o nas desigualdades de gênero. Destacam que quanto ao grupo de maior elegibilidade para vivenciar as situações VGCM são as mulheres. Quanto a questão da tipificação da VGCM foi algo marcante na representação dessas enfermeiras, onde apresentam as violências física e psicológica como as mais vivenciadas pelas mulheres.

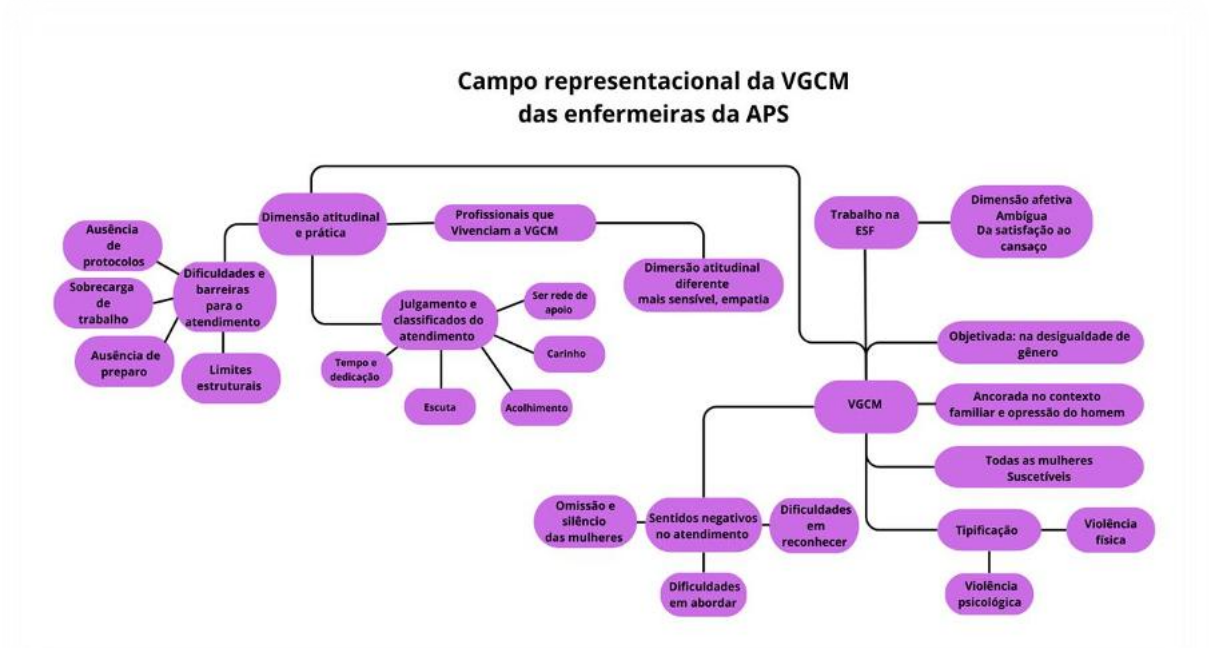
Nesse contexto emergiu o sentido negativo nos atendimentos prestados as mulheres por apresentarem dificuldades em abordar o assunto, devido a omissão e silêncio dessas mulheres e dificuldade de reconhecer os sinais de alarme da violência.

Quanto a dimensão atitudinal e prática, esta parece estar muito ligada aos profissionais que vivenciam a VGCM em seu contexto social, gerando uma dimensão atitudinal diferenciada na hora de prestar assistência a essas mulheres pois referem ser mais sensíveis e empáticas. Além disso, ainda numa perspectiva atitudinal e prática, as enfermeiras julgamentos, classificando seus atendimentos, que são pautados no acolhimento, tempo de dedicação, escuta atenta, carinho e ser rede de apoio a essa mulher.

Em contrapartida, reafirmam dificuldades e barreiras na hora dos atendimentos, qu estão sustentados por eixos da ausência de protocolos, sobrecarga de trabalho, ausência de preparo para lidar com a temática e limites estruturais.

Com o intuito de tornar claro e didático a apresentação da RS para o grupo estudado, um esquema gráfico foi elaborado, a figura 7 apresenta de forma esquematizada o campo representacional da VGCM para as enfermeiras.

Figura 7 - Campo Representacional sobre a VGCM elaborado pelas enfermeiras da APS.



Fonte: Silva e Queiroz, 2025

8.2 Campo representacional sobre a VGCM elaborado pelas médicas da APS

Antes de descrever o campo representacional, do grupo 2 das médicas é válido resgatar as características desse grupo que difere um pouco das enfermeiras. Esse campo representacional foi construído num contexto de mulheres brancas, na faixa etária de 25 a 34 anos, quanto aspecto religioso são na grande maioria católicas. No que concerne a naturalidade são especialmente do Rio de Janeiro e a maior concentração das participantes residem na zona oeste. Em relação a conjugalidade a maioria é casada, com filhos, apresentando uma renda de 9 salários ou mais. Em relação a parte profissional possuem mais de 5 anos de graduação, são pós-graduadas, a grande maioria trabalha na ESF até 5 anos, com carga horária diferente das enfermeiras, pois a grande maioria apresenta uma carga horária de 20 h semanais, tendo duplo vínculo empregatício. Quando foram abordadas sobre capacitação quanto a temática de VGCM a maioria refere não ter tido.

A relação dessas profissionais, difere do segmento das enfermeiras é a dimensão afetiva de satisfação em trabalhar na APS, não afirmando sentidos de cansaço e/ou sobrecarga de trabalho.

A VGCM foi ancorada no contexto familiar e privado. Objetivando esse fenômeno como a violência doméstica. As médicas também destacam nessas representações, que as mulheres são as mais susceptíveis a vivenciar as violências de gênero, porém ressaltam que as mulheres de nível socioeconômico desfavorável são as mais susceptíveis trazendo a relação da VGCM com os fatores sociais e de escolaridade. A partir dessa construção de explicação e pensamento frente ao objeto estudado, as participantes também tipificam a VGCM como violências física e psicológica.

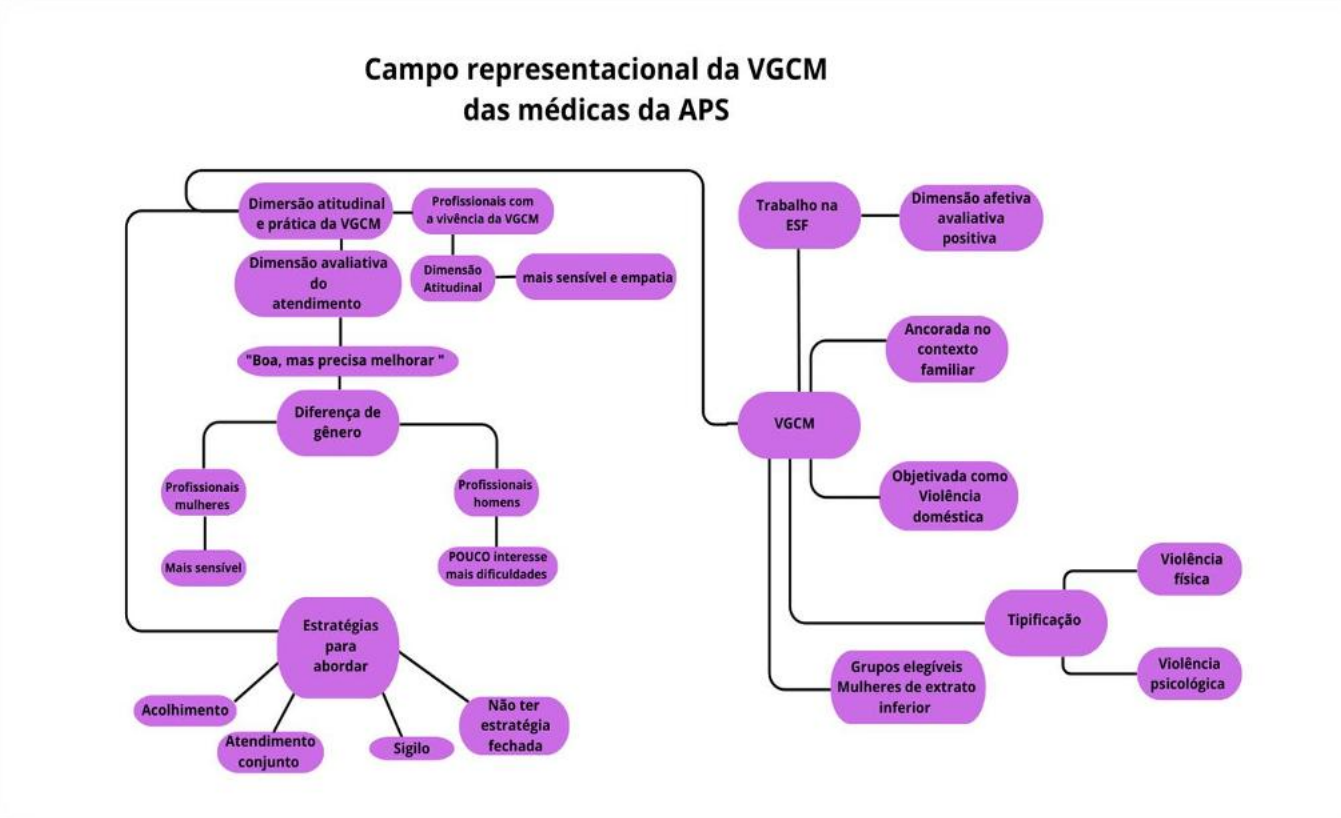
A dimensão atitudinal e prática da VGCM apresentada pelas médicas está vinculada a vivência da violência pelas profissionais. Essa dimensão atitudinal faz com que as mesmas fiquem mais sensíveis e empáticas na hora dos atendimentos, tendo um olhar diferenciado pelas mulheres que sofrem violência. No entanto, aqui emerge a elaboração da diferença entre os atendimentos dos profissionais quanto ao gênero, destacando que os homens não têm interesse pelo assunto e nem sensibilidade para lidar com a VGCM.

É possível também perceber a dimensão avaliativa do atendimento, quando referem que o mesmo é “Bom”, mas também afirmam que “precisa melhorar”. Nesse sentido, frente a dimensão atitudinal e prática, as médicas apontam como estratégias para abordar o tema ter um acolhimento adequado, necessidade de realizar o atendimento conjunto com outras categorias profissionais, manter o sigilo e até mesmo, não ter uma estratégia fechada a esses atendimentos,

pois as intervenções devem ser ajustadas e construídas de acordo com as demandas e narrativas apresentadas pelas mulheres em situação de violência.

A seguir é apresentado, um esquema gráfico do campo de representação da VGCM elaborado pelas médicas da APS, para melhor visualização.

Figura 8– Campo representacional sobre VGCM elaborado pelas médicas da APS.



Fonte: Silva e Queiroz, 2025.

CAPÍTULO 9 - DOS CAMPOS REPRESENTACIONAIS DA VGCM A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DO CARD INTERATIVO SOBRE A TEMÁTICA

A partir dos resultados da tese, tornou-se evidente a forma como as enfermeiras e médicas representam a VGCM, como esse fenômeno faz parte do cotidiano de suas vidas e é pouco discutido, podendo refletir diretamente na assistência prestada as mulheres. Por isso, pensou-se em propor uma estratégia para que os profissionais de saúde da APS, em especial as enfermeiras e médicas, possam acessar para melhor atender as usuárias que vivenciam as situações de VGCM.

Nesse sentido, foi escolhido como estratégia o desenvolvimento de tecnologia educativa no formato de card interativo, dividido em 4 tópicos fundamentais com informações sobre VGCM, no qual as enfermeiras e médicas, poderão ter acesso rápido na hora dos atendimentos.

Durante a construção e desenvolvimento do card interativo foram respeitadas as seguintes etapas: 1º HTML (estrutura) onde foi definido o conteúdo e estrutura do card; 2º CSS (estilo e animação) responsável pelo design, layout e a maioria das interações visuais, no estilo foi determinado as cores, fonte, espaçamento e alinhamento e na animação a interatividade ao clicar nos botões; 3º Java Script (funcionalidade avançada) usado para interações mais complexas como envio de formulários dentro do card ou carregamento dinâmico dos dados.

Os tópicos do card interativo apresentam como proposta o fornecimento de informações sobre a VGCM de forma prática e interativa tendo como organização 4 temáticas: os tipos de VGCM, sinais de alerta, ficha de notificação compulsória e rede de atendimento e enfrentamento a VGCM.

Com esse entendimento, acredita-se que, as informações contidas no card interativo possam oferecer suporte as enfermeiras e médicas diante de dúvidas na hora de prestar assistência as mulheres, ou ainda alertá-las sobre a rede de atendimento e sinais de alerta quando as mesmas procuram pelo serviço de saúde. Nesse sentido, todas as informações contidas no card interativo, são baseadas na literatura especializada e atualizada e apresenta uma escrita clara e objetiva para melhor compreensão.

Os tópicos do card interativo são:

- 1- Tipos de VGCM
- 2- Sinais de Alerta

- 3- Ficha de notificação
- 4- Rede de atendimento

1- TIPOS DE VIOLÊNCIA

- Física
- Psicológica
- Sexual
- Patrimonial
- Moral

Física: É qualquer conduta que ofenda integridade ou saúde corporal da mulher. É praticada com uso de força física do agressor, que machuca a vítima de várias maneiras ou ainda com o uso de armas, bater, chutar, queimar, cortar e mutilar.

Psicológica: São atos de humilhação, desvalorização moral ou deboche público, assim como atitudes que abalam a autoestima da vítima e podem desencadear diversos tipos de doenças, tais como depressão.

Sexual: É qualquer ato sexual ou tentativa de obtenção de ato sexual

Patrimonial: É qualquer conduta que subtraia ou destrua bens, instrumentos de trabalho, documentos pessoais ou recursos econômicos da vítima.

Moral: É qualquer conduta que importe em calúnia, quando o agressor afirma falsamente que aquela praticou crime que ela não cometeu; difamação; quando o agressor atribui à mulher fatos que maculem a sua reputação, ou injúria, ofende a dignidade da mulher.

2- SINAIS DE ALERTA

Sinais comportamentais e psicológicos

- Mudança brusca de humor, como aumento de agressividade ou retração.
- Isolamento social e afastamento de amigos e familiares.
- Sintomas de depressão ou ansiedade, como tristeza, medo excessivo e crises de pânico.

- Baixa autoestima, culpa e insegurança.
- Recusa ou dificuldade para dormir, alterações no apetite (excessivo ou falta).
- Desinteresse por coisas que antes gostava.
- Comportamento sexualizado não apropriado para a idade, em crianças.

Sinais físicos

- Hematomas em várias partes do corpo, de diferentes colorações.
- Lesões na pele, arranhões ou marcas de objetos.
- Fraturas, principalmente em costelas, crânio ou dentes.
- Queimaduras.
- Má higiene pessoal.
- Queda de cabelo por estresse.

Sinais de violência psicológica

- Críticas mentirosas e exposição da vida íntima.
- Humilhações, xingamentos e desvalorização.
- Controle sobre as amizades, finanças e locais que a pessoa frequenta.
- Agressões verbais e morais.

3- FICHA DE NOTIFICAÇÃO

A ficha de notificação de violência é um instrumento de saúde obrigatório para registrar casos suspeitos ou confirmados de violência, como doméstica, sexual, autoprovocada, entre outras, para fins de vigilância epidemiológica. Ela é preenchida por profissionais de saúde para coletar informações sobre a vítima, o agressor e a ocorrência, visando subsidiar políticas públicas e serviços de cuidado e proteção, e não substitui uma denúncia policial.

Deve ser preenchida pelos profissionais de saúde!

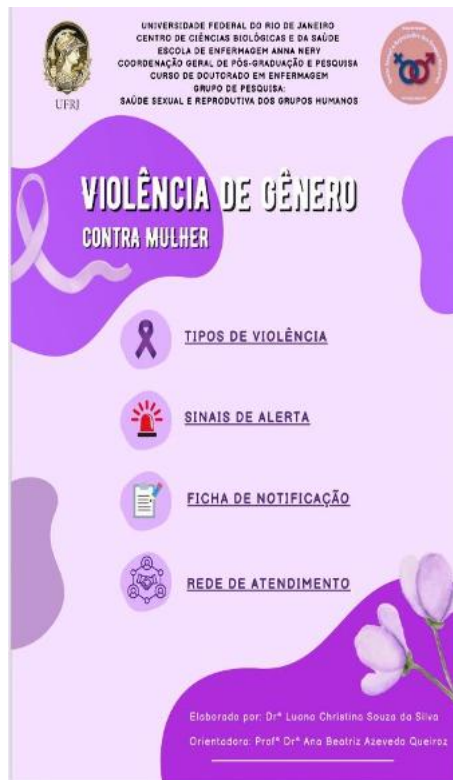
Enfermeiros, médicos, dentistas, entre outros, que identificarem casos suspeitos ou confirmados de violência. A notificação é obrigatória para esses profissionais, seja em instituições públicas ou privadas. (Portaria 1.271 de 6 de junho de 2014)

- Unidade Básica de Saúde (clínicas da família);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA):

- Hospitais Gerais;
- Centros de Atendimento à Mulher;
- NUDEM (Núcleo de Defesa da Mulher – Defensoria);
- Promotorias especializadas juizados da violência doméstica e familiar;
- Ronda Maria da Penha;
- Núcleos de atendimento à mulher;
- Casas-abrigo;
- Sala Lilás;
- Centro de Referência para Mulheres Suely Souza de Almeida (CRM-SSA) - Cidade universitária UFRJ
- Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM-CR) - Vila do João/UFRJ;
- Centro Integrado de Atendimento à Mulher Márcia Lyra (CIAM Márcia Lyra-Centro do Rio de Janeiro;
- Centro Especializado de Atendimento à Mulher Chiquinha Gonzaga (CEAM Chiquinha Gonzaga) - Centro/RJ;
- Centro Especializado de Atendimento à Mulher;
- Núcleo Especializado de Atendimento Psicoterapêutico (CEAM/NEAP Tia Gaúcha - Zona Oeste/RJ;
- Casa da Mulher Carioca;
- Núcleos Especializados de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência - NEAM;
- NEAM Dinah Coutinho;
- Casa da Mulher;
- NEAM Elza Soares - Zona Norte e Oeste RJ.

OBS: Vale ressaltar que, ao procurar ajuda governamental, o sigilo dos profissionais é garantido por princípios éticos.

Segue abaixo as imagens do card interativo



✿ Tipos de violência

- Física
- Psicológica
- Sexual
- Patrimonial
- Moral

Física: É qualquer conduta que ofenda integridade ou saúde corporal da mulher. É praticada com uso de força física do agressor, que machuca a vítima de várias maneiras ou ainda com o uso de armas, bater, chutar, queimar, cortar e mutilar.

Psicológica: São atos de humilhação, desvalorização moral ou deboche público, assim como atitudes que abalam a auto-estima da vítima e podem desencadear diversos tipos de doenças, tais como depressão.

Sexual: É qualquer ato sexual ou tentativa de obtenção de ato sexual

Patrimonial: É qualquer conduta que subtraia ou destrua bens, instrumentos de trabalho, documentos pessoais ou recursos econômicos da vítima.

Moral: É qualquer conduta que importe em calúnia, quando o agressor afirma falsamente que aquela praticou crime que ela não cometeu; difamação; quando o agressor atribui à mulher fatos que maculem a sua reputação, ou injúria, ofende a dignidade da mulher.

✿ Sinais de alerta

📌 Sinais comportamentais e psicológicos

- Mudança brusca de humor, como aumento de agressividade ou retração.
- Isolamento social e afastamento de amigos e familiares.
- Sintomas de depressão ou ansiedade, como tristeza, medo excessivo e crises de pânico.
- Baixa autoestima, culpa e insegurança.
- Recusa ou dificuldade para dormir, alterações no apetite (excessivo ou falta).
- Desinteresse por coisas que antes gostava.
- Comportamento sexualizado não apropriado para a idade, em crianças.

📌 Sinais físicos

- Hematomas em várias partes do corpo, de diferentes colorações.
- Lesões na pele, arranhões ou marcas de objetos.
- Fraturas, principalmente em costelas, crânio ou dentes.
- Queimaduras.
- Má higiene pessoal.
- Queda de cabelo por estresse.

📌 Sinais de violência psicológica

- Críticas mentirosas e exposição da vida íntima.
- Humilhações, xingamentos e desvalorização.
- Controle sobre as amizades, finanças e locais que a pessoa frequenta.
- Agressões verbais e morais.

Deve ser preenchida pelos profissionais de saúde!

Enfermeiros, médicos, dentistas, entre outros, que identificarem casos suspeitos ou confirmados de violência. A notificação é obrigatória para esses profissionais, seja em instituições públicas ou privadas.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE NOTIFICAÇÃO
FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO

R

Caso suspeito ou confirmado de violação de legislação epidemiológica, sanitária, epidemiológica, toxológica de pessoas, trabalho, consumo, tabaco, álcool, drogas, intervenção social e violação de legislação contra mulheres e homens em todas as regiões. No caso de violação de legislação epidemiológica, somente serão objeto de notificação as violações contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

1	Tipo de notificação	2 - Individual	
2	Agência	PODERÃO INTER-SECTORIAL MULTIPROFSSIONAL	Código (C1010) 739
3	Atividade de notificação		Código (3000)
4	Unidade notificadora	1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Departamento de Trabalho 4 - Conselho Tutar 5 - Unidade de Saúde 6 - Conselho 7 - Associação 8 - Associação 9 - Associação 10 - Associação 11 - Associação 12 - Associação 13 - Associação 14 - Associação 15 - Associação 16 - Associação 17 - Associação 18 - Associação 19 - Associação 20 - Associação 21 - Associação 22 - Associação 23 - Associação 24 - Associação 25 - Associação 26 - Associação 27 - Associação 28 - Associação 29 - Associação 30 - Associação 31 - Associação 32 - Associação 33 - Associação 34 - Associação 35 - Associação 36 - Associação 37 - Associação 38 - Associação 39 - Associação 40 - Associação 41 - Associação 42 - Associação 43 - Associação 44 - Associação 45 - Associação 46 - Associação 47 - Associação 48 - Associação 49 - Associação 50 - Associação 51 - Associação 52 - Associação 53 - Associação 54 - Associação 55 - Associação 56 - Associação 57 - Associação 58 - Associação 59 - Associação 60 - Associação 61 - Associação 62 - Associação 63 - Associação 64 - Associação 65 - Associação 66 - Associação 67 - Associação 68 - Associação 69 - Associação 70 - Associação 71 - Associação 72 - Associação 73 - Associação 74 - Associação 75 - Associação 76 - Associação 77 - Associação 78 - Associação 79 - Associação 80 - Associação 81 - Associação 82 - Associação 83 - Associação 84 - Associação 85 - Associação 86 - Associação 87 - Associação 88 - Associação 89 - Associação 90 - Associação 91 - Associação 92 - Associação 93 - Associação 94 - Associação 95 - Associação 96 - Associação 97 - Associação 98 - Associação 99 - Associação 100 - Associação	Código (Unidade)
5	Nome da Unidade notificadora		Código (Unidade)
6	Endereço da Unidade		Código (CEP)
7	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
8	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
9	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
10	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
11	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
12	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
13	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
14	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
15	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
16	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
17	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
18	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
19	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
20	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
21	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
22	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
23	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
24	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
25	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
26	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
27	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
28	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
29	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
30	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
31	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
32	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
33	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
34	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
35	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
36	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
37	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
38	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
39	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
40	Endereço de contato		Data de ocorrência da violação
41	Nome de contato		Data de ocorrência da violação
42 </			

1. Dados pessoais		1.1 Nome completo: _____ 1.2 Data de nascimento: ____/____/____ (dd/mm/aa) 1.3 Estado civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado	
2. Endereço		2.1 Rua: _____ Nº: _____ 2.2 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____	
3. Profissão		3.1 Atividade principal: _____ 3.2 Atividade secundária: _____	
4. Educação		4.1 Escolaridade: _____ 4.2 Anos de estudo: _____	
5. Saúde		5.1 Doenças crônicas: _____ 5.2 Uso de medicamentos: _____	
6. Trabalho		6.1 Ocupação atual: _____ 6.2 Tempo de serviço: _____	
7. Família		7.1 Número de filhos: _____ 7.2 Nome dos filhos: _____	
8. Outros dados		8.1 Observações: _____ 8.2 Assinatura: _____	

Rede de atendimento

Peça ajuda!

Ligue 180 central de atendimento à mulher- Serve para denunciar e obter ajuda contra a violência contra a mulher. Ele oferece orientação sobre direitos, informações sobre a rede de atendimento e encaminha denúncias para os órgãos competentes, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. Você pode também enviar email: ligue180@mdl.gov.br

Ligue 190 (chamada policial)- Em situação de violência em flagrante

Aplicativo: Direitos Humanos Brasil

Delegacia especializada de atendimento à mulher- DEAM

Centro de Referência e de Atendimento à Mulher -CEAM

Ouvidoria online:
<https://www.humanizaredes.gov.br/ouvidoria-online>

Locais de atendimento:

Unidade Básica de Saúde (clínicas da família);

Unidades de Pronto Atendimento (UPA);

Hospitais Gerais;

Centros de Atendimento à Mulher;

NUDEM (Núcleo de Defesa da Mulher – Defensoria);

Promotorias especializadas juizados da violência doméstica e familiar;

Disques Mulher Patrulha;

Ronda Maria da Penha;

Núcleos de atendimento à mulher;

Casas-abrigo;

Sala Lilás;

Centro de Referência para Mulheres Suely Souza de

Almeida (CRM-SSA) - Cidade universitária UFRJ

Centro de Referência de Mulheres da Maré
Carminha Rosa (CRMM-CR) - Vila do João/UFRJ;

Centro Integrado de Atendimento à Mulher Márcia
Lyra (CIAM Márcia Lyra- Centro do Rio de Janeiro;

Centro Especializado de Atendimento à Mulher
Chiquinha Gonzaga (CEAM Chiquinha Gonzaga) -

Centro/RJ;

Centro Especializado de Atendimento à Mulher;
Núcleo Especializado de Atendimento

Psicoterapêutico (CEAM/NEAP Tia Gaúcha - Zona
Oeste/RJ;

Casa da Mulher Carioca;

Núcleos Especializados de Atendimento às
Mulheres em Situação de Violência - NEAM;

NEAM Dinah Coutinho;

Casa da Mulher;

NEAM Elza Soares - Zona Norte e Oeste RJ.

OBS: Vale ressaltar que, ao procurar ajuda governamental, o sigilo dos profissionais são garantidos por princípios éticos.

CAPÍTULO 10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar findada a construção dessa tese, observa-se a complexidade em lidar com o tema da violência de gênero contra as mulheres, uma vez que o caminhar de um estudo deste tipo não é linear nem mesmo homogêneo, apesar de haver tendências de pontos de vista mais claramente identificáveis.

A pluralidade de conceitos utilizados no próprio limite do fenômeno ao qual se pretendia estudar foi desafiador, pois pensar em violência de gênero contra as mulheres e reunir todos os conceitos de forma organizada e relacional é complexo e requer aprofundamento. Contudo, acredita-se que os desafios foram vencidos ao propor abordagens de diferentes métodos e técnicas, a fim de abarcar todos os contextos possíveis levando em conta as limitações do estudo.

Diante da oportunidade de aprendizado, aprofundamento e aproximação à realidade das enfermeiras e médicas ao assistir as mulheres, cabe registrar que há importantes contextos e perspectivas ainda pouco explorados no âmbito da violência de gênero contra as mulheres, que necessitam de olhares mais apurados das disciplinas científicas. Nesse sentido, merece relevo os achados no campo da subjetividade que envolve as enfermeiras e médicas, enquanto atrizes sociais e seus sistemas de significações construídos no seu cotidiano.

As análises, se assim podemos dizer, das subjetividades humanas, mais especificamente das enfermeiras e médicas, são conjuntos de elementos resultantes de processos relacionais, culturais, da história, de valores e crenças individuais, que por sua vez, sofrem inferência direta e indiretamente do contexto social do qual se vivencia. Por isso, há concretamente grandes desafios em investigar o universo das subjetividades, tendo em vista a concentração de elementos que as constituem.

O pressuposto da tese, de que as enfermeiras e médicas elaboram e interpretam sentidos à violência de gênero contra mulher no cotidiano de vida, interferindo em processos de comunicação, interação, socialização, repercutindo na saúde mental, sexual e reprodutiva de quem vivência esse tipo de violência, foi confirmado pelos resultados, análises e discussões realizadas ao longo do estudo.

Desta forma, com base nos dados analisados a partir das respostas das participantes da pesquisa, infere-se que objetivos delimitados neste estudo foram alcançados. A abordagem multimétodos atendeu plenamente ao objeto proposto, pois buscou de diferentes formas

apreender as simbolizações e atividades cognitivas e afetivas na atribuição de sentidos pelas enfermeiras e médicas sobre o fenômeno da violência de gênero contra as mulheres.

Ao recorrer a Teoria das Representações Sociais (TRS) como guia teórico, considerando a aplicabilidade de determinadas metodologias úteis e possíveis de conversação, objetivou-se utilizar ferramentas seguras e valiosas para a atualização das subjetividades contidas na natureza da relação entre enfermeiras e médicas a partir da sua realidade de vida. Através do limite de algum fenômeno circulante no cotidiano desses indivíduos, buscamos essencialmente conhecer modelos de pensamento organizado que desencadeiam uma série de práticas atuais. Este é o ponto fundamental que sintetiza a utilização teórica e metodológica da TRS neste estudo.

Por isso, a TRS enquanto suporte teórico-metodológico permitiu reconhecer a valorizar o contexto em que as enfermeiras e médicas que atuam frente as violências, pois é a partir dele que se constrói sua visão de mundo. Como foi verificado, os conhecimentos, crenças, valores, conceitos e pré-conceitos se refletiram diretamente na forma como os sujeitos entendem e agem frente a situações da violência de gênero contra as mulheres. Assim sendo, foi possível acessar a construção do conhecimento desses profissionais e analisar profundamente os modos como pensam e agem acerca do objeto em questão, se apropriando dos meios consensuais e reificados perante seu contexto social para estruturar e desenvolver seu pensamento e tomada de atitude, comportamentos e práticas de cuidados.

À luz dessa premissa, buscou-se compreender, através de pensamentos latentes, as vivências e experiências cotidianas das enfermeiras e médicas no contexto da APS. A partir disso, foi possível identificar suas representações, conhecer onde elas estão ancoradas, como objetivam e como interferem no cotidiano de vida desses dois grupos de pertença.

Através da triangulação dos dados permitiu que a pesquisa fosse respondida por diferentes fontes de dados e informações, contando com a TRS de Moscovici que valoriza o saber do senso comum. Quanto às abordagens estrutural e processual da teoria, estas foram complementares na tentativa de abarcar as esferas subjetivas e intersubjetivas das representações sociais das enfermeiras e médicas acerca de um fenômeno complexo como a violência de gênero contra as mulheres.

Ao longo do estudo foi possível perceber o contexto da APS como espaço de cuidado, permitindo a construção de vínculos, compreensão ampliada dos determinantes sociais, mas, ao mesmo tempo, um lugar extremamente vulnerável, com enfrentamento das iniquidades em saúde onde os profissionais assistem as mulheres que sofrem a violência. Local de exposição a

uma imensa variedade de demandas, que requer cuidados, uma escuta ativa e um bom acolhimento, para que essas mulheres se sintam seguras, com repercussões positivas e negativas.

Face ao exposto, a pesquisa em tela reitera que o primeiro desafio para lidar com a violência de gênero contra as mulheres diz respeito à naturalização e a invisibilidade da violência, resultando de normas culturais que reforçam a subordinação feminina e dificultam o reconhecimento da violência como violação de direitos. Muitos profissionais não identificam de imediato as situações de violência devido à fragilidade na capacitação profissional ou apresentam medo, o que retarda interromper esse ciclo.

Um outro obstáculo encontrado é a subnotificação, por medo do agressor, cenário onde atuam. Este fato compromete a produção de dados confiáveis e limita a formulação de políticas públicas efetivas.

Foi possível identificar também a falta de protocolos integrados e a sobrecarga dos profissionais o que contribui para respostas fragmentadas ou inadequadas nesse cuidado as mulheres.

A integração intersetorial também foi outro desafio encontrado, pois o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres exige articulação entre os setores de saúde, segurança, assistência social, justiça e educação. Entretanto, muitos profissionais desconhecem a rede ou apresentam comunicação insuficiente, além da ausência de fluxos efetivos para encaminhar essas mulheres aos serviços o que dificulta a continuidade do cuidado e a proteção a mulher.

Assim, lidar com a violência contra as mulheres requer estratégias integradas, formação contínua dos profissionais, fortalecimento da rede de apoio, políticas públicas robustas e ações que combatam as raízes estruturais das desigualdades de gênero.

Essas conclusões são confirmadas a partir dos dados apresentados na tese, onde o fenômeno estudado ancorou-se nas desigualdades de gênero, sendo centrais no processo de construção do conhecimento da violência de gênero contra as mulheres. A objetivação do objeto se deu no preconceito e no machismo, o que constata a importância de se discutir essas situações em diferentes ambientes, sobretudo dentro das universidades. O reflexo das interações sociais desiguais entre homens e mulheres são reais.

Como um ciclo vicioso, o preconceito e o machismo são causados pela falta de amor, pelo desrespeito, pela desigualdade, pela intolerância, pela maldade e pela desumanidade e,

através dos mesmos fatores, o preconceito e o machismo se sustentam e avigoram a sociedade num grande contínuo real e atual. Desse modo, as representações são moldadas e reconfiguradas a partir da realidade do momento.

A análise processual das representações confirma as situações apresentadas e ainda classificam as mulheres que estão mais sujeitas a vivenciarem a violência de gênero. A forte ligação da violência de gênero contra as mulheres com a violência psicológica e física foi um achado importante e necessário para entender os desdobramentos enfatizados pelas enfermeiras e médicas da APS. Entretanto, diferentemente da violência física, onde deixam marcas visíveis e são mais reconhecidas, a violência psicológica também foi evidenciada. Esses desafios e desdobramentos levaram as enfermeiras e médicas a pensarem em formas de mitigação da violência de gênero contra as mulheres, onde o meio reificado foi relevante na construção do pensamento.

À vista disso, reforça-se que capacitação contínua dos profissionais de saúde faz parte do cuidado, uma vez que estes lidam diretamente com a assistência prestada as mulheres que vivenciam a violência.

A disseminação dos resultados de pesquisas é um instrumento indispensável para promover e fortalecer o ciclo do conhecimento. Desse modo, divulgar os resultados dessa tese torna-se necessário na promoção da saúde das mulheres que vivenciam a violência de gênero. Nesta perspectiva, conta-se com a apresentação em eventos científicos de nível local, nacional e internacional, assim como, a publicação de artigos científicos em periódicos com bom fator de impacto e um capítulo de livro. Essa disseminação visa contribuir para que profissionais da saúde e de educação possam ser replicadores do conhecimento, compreendendo e promovendo o cuidado em saúde.

A tese aqui defendida, se confirma uma vez a violência de gênero contra as mulheres faz parte do cotidiano de vida das enfermeiras e médicas, pois elas estão inseridas no contexto da APS, prestando assistência a essas mulheres. Os achados da pesquisa reafirmam a urgência de se repensar os modos de cuidados às mulheres que sofrem violência, a partir de uma perspectiva que vá além da ótica biomédica.

Como forma de democratizar o acesso ao conhecimento produzido nesta tese e promover uma melhor assistência a essas mulheres que sofrem violência, esta pesquisa, propõem-se a criação de um card interativo, que traduza os resultados do estudo em uma linguagem acessível, afetiva e popular. O card interativo, como uma tecnologia educacional, poderá funcionar como um instrumento de capacitação em saúde, fortalecendo a autonomia e

manejo dos profissionais na hora dos atendimentos, além de obterem informações seguras para encaminhar essa mulher a rede.

Por fim, é urgente que a temática da violência de gênero contra as mulheres seja inserida de maneira estruturada nas matrizes curriculares dos cursos da área da saúde. Isso implica não apenas a inclusão de conteúdos sobre a temática, mas a formação de profissionais aptos a assistir essas mulheres. Formar para o cuidado em saúde requer sensibilidade, escuta, empatia, e essa formação começa na graduação.

Dessa forma, espera-se proporcionar novos caminhos, modelos de ações e intervenções, assim como, novos estudos envolvendo a temática com outras abordagens, e outros profissionais de saúde, o que certamente trará contribuições para um conhecimento ampliado acerca da violência de gênero contra as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 2000. p. 27-38.
- ACAUAN, L.V., et al. Utilização do software iramuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. **REME**. 24:e1326, 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200063>
- ACOSTA, D.F. et al. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2017; 6(3).
- ADEODATO, V.G., et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 39:108-13, 2005.
- ALVES, MAZZOTTI; ALDA, JUDITH; GEWANDSZNAJDER, FERNANDO. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativas e qualitativas. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 2004.
- ALEXANDRE, et. al. Violência de gênero sob a ótica e cuidado do enfermeiro: assistência à mulher vitimada. **Enfermagem Brasil** 2019;18(1);141-148.
- ALMEIDA, T.M.C. Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial. **Soc. estado.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 329-340, Aug. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200002&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 14 Jan 2020.
- ALVES, M.A; LUZ, M. E. S. S.da; NOGUEIRA, F. J. de S. Desafios da atuação de profissionais da saúde e assistência frente a casos de violência contra a mulher. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.3, n.e14903, p.1-14, 2022.
- AMARIJO, C.L., et al. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. **Rev Enferm UERJ**. [Internet]. 2017; 25(2). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23648/22019> DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.2364>
- AMARIJO, C.L., et al. Power Devices Used by Nurses to Fight Domestic Violence Against Women. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 09];30:e20190389. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0389>
- AMIR-UD-DIN, R.; FATIMA, S., AZIZ, S. Is Attitudinal Acceptance of Violence a Risk Factor? An Analysis of Domestic Violence Against Women in Pakistan. **Journal of interpersonal violence**, 36(7-8), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260518787809>
- ANDRADE, A. R. G., SOUZA, T. G. P. O impacto da violência doméstica na vida da mulher que exerce o trabalho remoto em tempos de pandemia de covid-19. 2021 [TCC de Graduação e Especialização, UNA]. Repositório Universitário da Ânima. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/13938>

ANDRADE, et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 1, p.147-55, 2011.

ARAUJO, M.F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am.Lat.**, México, n.14, out. 2008. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2008000300012&lng=p t&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2020.

ARAÚJO, E.M., et al. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface**. 2009;13(31):383-94. doi: 10.1590/S1414-32832009000400012

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo,

n.117,p.127-147,nov.2002.Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cp/a/T4NRbmqpmw7ky3sWhc7NYVb/?lang=pt>> Acesso em: 04 jan. 2021.

ARRUDA,A; RABELO, V.de.R.C. Representações em construção entre idosas e jovens expostos a novas práticas sociais na velhice. **Psicologia em revista**, v.26, n.1 Belo Horizonte jan/abr, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p62-81> Acesso em: 12 set 2025

ÁVILA, J.da. S.; AREOSA, S.V.C. A Mulher em vulnerabilidade social e a relação com a violência familiar. **Psicologia, Diversidade e Saúde**, [S.I], 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.2023.e4821>. Acesso em: 30 nov 2025

BANDEIRA, L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc.estado**. 29 (2). Ago 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>

BARALDI, A.C.P et al. Violência contra a mulher: o que os enfermeiros conhecem?. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 12 (3): 307-318 jul. / set., 2012. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300010>> Acesso em:22 jan 2022.

BENTO, S.; MODENA, C.; CABRAL, S. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. **RECIIS (online)**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, 2018. Disponível em:

<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1357>. Acesso em: 20 set.2023.

BERVIAN G, et al.Violência contra mulheres rurais: concepções de profissionais da rede intersetorial de atendimento. **Revista Enferm**. Global. 2019. 18(54):144-179

BEVILACQUA, P. D. Mulheres, violência e pandemia de novo coronavírus. **Fiocruz**, 2020. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/mulheres-violencia-e-pandemia-de-novo-coronavirus>> Acesso em :01 set 2021.

BIGLIA,B; SAN MARTIN C. Estado de Wonderbra.Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona : Virus Editorial; 2007.

BLAY, E. P. Violência contra a mulher e Políticas Públicas. *Mulher, Mulher*. São Paulo, v.17, n. 49, p. 1-10, 2003.

BONIOL, M., et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BORGES, M. S. L.; LOPES, R. S. G.; NASCIMENTO, C. Q. do. Um problema de saúde pública: a violência contra a mulher no contexto dos serviços de saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151696, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1696. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1696>. Acesso em: 27 out. 2025.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O Método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. [Internet], v. 5, n. 11, p. 121-36. 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906> > Acesso em 13 jan. 2020.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2019.

BRASIL. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 02 dez 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 150p

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº580, de 22 de março de 2018**. Disponível em:<
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>> Acesso em 26 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da Ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde.1984. Disponível em:
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
 >Acesso em 04 de dez. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. (reimpr.) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível
 em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>
 Acesso em 1 de dez. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Maria da Penha. Lei n.º11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em 18 de jul.2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
 - APPMS [recurso eletrônico].Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2018. 26 p. (Série B Textos Básicos em Saúde). Disponível em:
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>
 Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria especial de políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres/presidência da república. Secretaria Nacional de segurança pública/ministério da justiça. Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres – DEAMS. Edição atualizada, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde,2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional

de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/ MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, p. 90, col. 1, ago. 2011. Seção I.

BRILHANTE, A.V.M., et al. A bibliometric study on gender violence. **Saúde Soc.** 2016;25(3):703-715. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016148937>

CAMARGO, B.V, JUSTO, A.M. Tutorial para o uso do software de analise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição LACCOS. [Internet].2018[citado 2021 JUL 28]; Universidade Federal de Santa Catarina.

CAN ÖZDEMİR, R; IŞIK, M.T, NAZIK S. Attitudes of Health Professionals Towards Violence and Their Tendency to Report Spousal Violence. **Asian J Psychiatr** [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 16];83:e103540. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103540>

CASSIANI S, R. L. Initiatives towards Advanced Practice Nursing Implementation in the Region of the Americas. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2016;20(4):e20160081.

CASTANHA, L; LIMA, M.R.T; PECORARO, T. Acolhimento de mulheres vítimas de violência na Atenção Básica em Saúde. **Revista NUPEM**, Vol. 14, Nº. 31, 2022. DOI: 10.33871/nupem.2022.14.31.248-26. acesso em: 11 set 20250.3

CATUOGNO, L. M. Estereotipos y violencia de género: estudio de casos paradigmáticos ante el Comité CEDAW. *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata*, 17(50), 048, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24215/25916386e048>

CERQUEIRA, D., et al. Atlas da Violência 2018. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Governo Federal, 2018.

CESARINO, F. T. Interseccionalidade e mulher negra: raça, classe, gênero e religião. **Sacrilegens**, v. 17, n. 1, p. 127-150, 2020.

CLARK, C.J., et al. Impact of the Change Starts at Home Trial on Women’s Experience of Intimate Partner Violence in Nepal. **SSM Popul Health** [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 08];10:100530. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100530>

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. Violência feminicida em números: América Latina e Caribe, 2023. Disponível em: <https://n9.cl/3jvu9>

COLLING, A.M. Violência contra as mulheres–herança cruel do patriarcado. **Revista**

Diversidade e Educação, v. 8, n. Especial, p. 171-194, 2020. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/10944>. Acesso em: nov. 2025

CORDEIRO, A. S., et al. Importância do papel da enfermagem no atendimento à mulher vítima de violência e violência doméstica. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, 2022; 11(4)

CORREA; S.M.S. História da medicina: racismo, feminismo e colonialismo. **Livros & redes**. v.29, n.1, jan.-mar. 2022, p.295-297.
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6CfFyQ99nyggX7ftdmhKwjC/?format=pdf&lang=pt>

COSTA, M. A. F; COSTA, M. F. B. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. Ed Vozes, Petrópolis, RJ, 2011.

COTTA, R. M. M., et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Rev Hospital Clínicas Porto Alegre**, v. 22, n. 1, p. 25-32, 2022.

CUNHA, E. M; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Ciencia & saude coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

COUTINHO, R. Z.; MIRANDA-RIBEIRO, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **R. bras. Est. Pop**, v. 31, n.2, p. 333-365, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n2/a06v31n2.pdf> Acesso em : 11 de novembro de 2024.

DAMASCENO, K. S. M. et al. Prevalência de estresse ocupacional em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 21, n. 4, e2022957, 2023. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/en-v21n4aop957.pdf?utm_source. Acesso em: 12 out. 2024

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, 2009, p. 1037-1050. Disponível em: . Acesso em: 22 jan 2022.

DOISE.W. Atitudes e representações sociais. Tradução Lilian Ulup.In: JODELET, D.(Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.P.187-2003.

DUARTE, B. A. R; JUNQUEIRA, M. A. B.; GIULIANI, C. D. Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, [s. l.], v. 7, n. 3, 2019.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm**. v. 18, n. 1, p. 1-260, 2014. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

ESKINAZI, R.H.; ALÉSSIO, R.L.dos S.; SANTOS, M.de F.de S. Memória e ancoragem na construção de representações sociais sobre edição genética de embriões humanos. **Psicologia & Sociedade**, v.36, p. e278088, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/SRHNrckrdFqTgS3xXK6qg3H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025

FARIAS, A.A; CARVALHO, M.; BARROSO, M.L. Prejudice and discrimination: A study on the main aspects of gender violence. **Am. In. Mult.J**, v. 10, n. 5, p. 20-36, 2021. Disponível em: <http://Amadeusjournal.emnuvens.com.br/amadeu>

FERNANDES, A.S.; SECLÉN-PALACÍN J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.

FERNANDES, N. C.; NATIVIDADE, C. dos S. J. A naturalização da violência contra a mulher / The naturalization of violence against women. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 76076–76086, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-145>

FERRAZ, M. I. R. et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-9, out./dez., 2009.

FRANCISCO, E. S., et al. Assistência de enfermagem a mulheres vítimas de violência doméstica na atenção primária: Reconhecimento, acolhimento e manejo. **Scientific Electronic Archives**, [s. l.], v. 17, n. 3, mai./jun. 2024

FREITAS, R. J. M., et al. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, 2018; 43(2).

GOMES, R. M., et al. Cuidados de enfermeiras à mulher em situação de violência doméstica: Revisão integrativa. **Nursing** (São Paulo), 2022; 25 (294): 8982-8991.

GOMES, R. P. O enfrentamento à violência contra as mulheres e a importância da abordagem interseccional. Seminário Internacional Fazendo Gênero 12 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, p. 1-12, 2021. Disponível em: https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/fg2020/1613703293_ARQUIVO_48d4e7af5d44a98071e46e8e4a4faf4e.pdf. Acesso em: nov. 2025

GOMES, V. L., et al. Violência doméstica contra a mulher: Representações de profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2015, 23(4), p.718-724

GONÇALVES, A.F; RIGHETTI, E.A.V; MAGRIN, S. F. F. Saúde pública: o cuidado de enfermagem no atendimento de casos de violência de gênero Public health: nursing care in the care of cases of gender violence. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 38601-38620, 2022.

GUEDES, R. N., SILVA, A. T. M. C. D.; FONSECA, R. M. G. S. D. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, São Paulo, 13(3), 625-631, 2009.

GURSKI, R; OLIVEIRA, B. F. DE; ARAÚJO, L. F.S. The Gender Violence and Structural Machismo in Brazil: Links between Psychoanalysis, Politics and Feminism. **Revista Feminismos**, v. 12, n. 2, 2024.

- GUTMANIS, I; BEYNON C, TUTTY L, WATHEN, C.N; MACMILLAN HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007; 7: 12.
- GOMES, CAMILA DE M. **Gênero como categoria de análise decolonial**. *Rev. Ciênc. Soc.* 18 (1).Jan-Apr 2018 . Acesso em: 10 set 2022.<https://doi.org/10.15448/1984-7289.2018.1.28209>
- HERINGER R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad. saúde pública**. 2002;18:S57-S65.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-10/censo-2022-mulheres-sao-maioria-em-todas-regioes-pela-primeira-vez>. Acesso em: 22 de jul.2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E INFORMÁTICA. (2024).53,8% das mulheres foram vítimas de violência psicológica, física ou sexual no ano de 2023.<https://n9.cl/8zcmu>
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (p. 22). Rio de Janeiro: UERJ.2001.
- JODELET, D. Interconnections between social representation and intervention. In: ROSA, A.S. *Social representations in the “social arena”*. London: Routledge, 2012.p. 77-88.
- JODELET, D; LOPRETE, L. Problemáticas psicossociais da abordagem da noção de sujeito. **Cadernos de Pesquisa** [online], v. 45, n. 156, p. 314-327, 2015.
- JOVCHELOVITCH, S. Os contextos do saber-representações, comunidades e cultura. Petrópolis (RJ):Vozes, 2008.
- JOVCHELOVITCH, S. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 344.
- KESSLER, M. et. al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta paulista de enfermagem**, v. 32, p. 186- 193, 2019.
- KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.
- LARA, E. Z., et al. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. **Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento**, 2019, 11(1), p. 1-8.<https://n9.cl/4r0dr>
- LEAL, I. S. et al. Preditores da violência física contra mulheres usuárias da atenção primária à saúde. **Rev. baiana saúde pública**, v. 41, n. 4, p. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n4.a2611>, jul. 2017.

LEANDRO, M., et al. Violência doméstica contra a mulher na mídia brasileira: estudo das representações sociais. **Psicol. cienc. prof.** 43, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252791> Acesso em: 28 nov 2025.

LEDDY, A.M; WEISS, E.; YAM, E.; PULERWITZ, J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. **BMC Public Health**. 2019;19:897. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7192-4> Acesso em: 26 nov 2025

LIMA, F.F., et al. Perceptions and experiences of women active in the health field on gender violence. **Saúde debate**, v. 46, n. 132, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213205>

LIRA, K. F.S de; CASTRO, R.V.de. Percepções de Profissionais da Saúde sobre Violência contra as Mulheres Revista Psicologia e Saúde, vol. 14, núm. 1, 2022, pp. 107-122 Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1524>

LOWEN, I. M. V. et al. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 967-73, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600013>

MACHADO, L. A; NEGREIROS, E. C de. Teoria da interseccionalidade e feminismo contemporâneo: uma análise crítica das complexas experiências das mulheres. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 5, n. 1, 2024

MAIA, M.A et al. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3587-3596, 2015.

MALONEY, M. A.; ECKHARDT, C. I.; OESTERLE, D. W. Emotion regulation and intimate partner violence perpetration: a meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 100, p. 102238, 2023. Disponível em: 10.1016/j.cpr.2022.102238.

MARTÍNEZ, S. L.; CANETTI, W. A. Depressão e ideação do suicídio em mulheres vítimas de violência do parceiro íntimo. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 178-204, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>

MARINHO, G.L.; PAZ, E. P. A.; JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M. Brazilian nurses' sociodemographic changes in the first decade of the 21st century. **Esc Anna Nery**. v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0198>

MARTINS, C. B. D. G. et al. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.20, n.1, p.98-104, 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4001/2771>>. Acesso em: 23 de setembro de 2025.

MARTINEZ, A.E; SOUZA, S.R.; TOCANTINS, F.R. Florence As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Investigación y Educación en Enfermería* [en línea]. 2012, 30(1), 101-107[fecha de Consulta 16 de

Enero de 2020]. ISSN: 0120-5307. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224287013>

MATTAR, C. M. Psicologia em tempos sombrios e o despertar da bela adormecida: estudos em subjetividade e clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 72, p. 18-32, 2020. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300003

MENEGHEL, S.N; MARGARITES, A.F. Feminicídio em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. **Cad Saúde Pública**. 2017;33(12):e00168516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00168516>

MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S. BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. 2010.

MITIDIERI, BEATRIZ MELONI. A influência do patriarcado na violência doméstica. **Revista do Centro Acadêmico Afonso Pena**, Belo Horizonte, vol. 30, n. 2, 2025.

MIURA, P.O; MEDEIROS, A.D. Violência contra mulher: metassíntese nos periódicos. Qualis A1 em Psicologia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 11, e4201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.e4201>

MOHER D, et al. Preferred reporting items for systematc reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Plos. Med.** n. 6, 2009. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>.

MOREIRA, J.M; FARAH, B.F; DUTRA, H.S; SANHUDO, N.F; FRIEDRICH, D.B.C. Triggering factors of job (dis)satisfaction among primary health care nurses. **Cienc. enferm.** (Online). 2019;25(12)1-10. DOI: <https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100209>

MOSCOVICI, S. L'ère des representations sociales. In: Doise W & Palmonari (orgs.) L'étude des representatins sociales. Neuchâtel, Paris: Delachaux et Niestlé; 1986.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais:investigações em psicologia social. 5.ed. Petrópolis:Vozes, 2007.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. (1961/2012). Investigações em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis: Vozes. (Trad. Pedrinho A. Guareschi)

MOSCOVICI, S. Representações sociais em psicologia social. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOTTA, R.F; LIMA, R. M. Homem que bate em mulher, covarde é”: a coragem como virtude deproteção à violência de gênero contradição. **Revista Interdisciplinar de**

Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: 10.33872/revcontrad.v1n1.e001| v. 1, n. 1 | Jan./Jun. 2020

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Revista Alceu*. v. 5, n. 9, p. 77-86, jul./dez. 2004.

NERI, R. O encontro entre a psicanálise e o feminino- singularidade/diferença. In: Birman, J. (org.). *Feminilidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.

OEA. Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. “Convenção de Belém do Pará”. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral.

OLIVEIRA, D.C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais** [tese de professor titular]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2001.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, 2007.

OLIVEIRA, D.C et al. A Representação Social da sexualidade entre adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 817-23, 2009.

OLIVEIRA, T.M.F; FERREIRA, H.L.O.C; FREITAS, V.C.A; LIMA, F.S.S; VASCONCELOS, F.X; COSTA, N; PINHEIRO, A.K.B. Vulnerabilities associated with violence against women before entering the prison system. **Rev Esc Enferm USP**. 2022;56:e20220167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0167en>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS\OPAS, 2002.

ONU. Organização das Nações Unidas no Brasil. 17 objetivos para transformar nosso mundo. Disponível em: . Acesso em: 10 de julho de 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência mundial sobre a mulher**. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Oficina Regional para las Américas. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington: OMS; 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Violência contra as mulheres. Tópicos website OPAS. <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. 2022

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 32, n. spe, e32ne214, 2017.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PIRES, M.R. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev Escola Enferm USP**. 2011;45(n.spe 2):1710-5.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 457-494.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017.

PORTO, J.R.R. **Violência contra a mulher: expectativas de um acolhimento humanizado**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4784/000415296.pdf?...1>. Acesso 21 nov 2025.

PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.26, n.3, 2006, p. 426-439. Disponível em: . Acesso em: 22 jan 2022.

PUENTE-MARTÍNEZ, A.; UBILLOS-LANDA, S.; PÁEZ ROVIRA, D. The mediating role of response-focused emotion regulation strategies in intimate partner violence across the stages of change. *Current Psychology*, v. 43, n. 16, p. 14604-14618, 2024. DOI: 10.1007/s12144-023-05400-8

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 970-978, 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro**. Contribuições para a Construção de uma linha de base para os Cadastros das Microáreas da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro- Área de Planejamento 4.0. 2019.

RIO DE JANEIRO. Instituto de Segurança Pública. Dossiê Mulher 2024. Rio de Janeiro: ISP, 2024. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/isp/sites/default/files/2024-12/Dossi%C3%AA%20Mulher%202024%20%283%29.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025

ROCHA, G.S; ANDRADE, M.S; SILVA, D.M; TERRA, M.G; MEDEIROS, S.E; AQUINO, J.M. Feelings of pleasure of nurses working in primary care. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(4):1036-43.

RODRIGUES, J. B. S. et al. Atuação do enfermeiro frente a mulher vítima de violência sexual. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.2, 2021. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e5801.2021>

ROMAN, A.R, FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem.

Cogitare Enferm. 1998, jul/dez, 3(2):109-12.

ROSO, A.; GASS, R.L. Novos tempos, novos lugares: reflexões sobre a maternidade em grupos de empoderamento de mulheres. **Psicologia em revista**, v.24, n.2, p.442-461, 2018.

SÁ, C. P. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SÁ, C. P. Núcleo Central das Representações Sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p.115-136, 2001.

SAFFIOTI, H.I.B. Heleieth. Gênero patriarcado violência. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 160p.

SALVADOR, L.; RODRÍGUEZ, N.; SÁNCHEZ, S.; REY, M. La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud. *Atención Primaria*, 56(11), 102837. 2024. Disponível em :<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102837>

SÁNCHEZ SARANGO, LUCÍA IMELDA; YUCRA-CAMPOSANO, Jennifer Fiorella; RIEGA CUCHULA, Wendoly Marlene. Violencia de género: causas y políticas de acción en Latinoamérica (2020-2024). *SciELO Preprints*, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11708>.

SANICOLA, L. As dinâmicas da rede e o trabalho social. São Paulo: Veras; 2008.

SANT' ANNA, DENISE BERNUZZI. Experiências da solidão no seio das violências conjugais. Alguns exemplos da literatura contemporânea. **Rev. Latino am. psicopatol. fundam.** 26. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.e230522>

SANTOS, E. I; OLIVEIRA, J. G; LIANDRO, C. L; SILVA, A.C. Representações sociais de autonomia profissional do enfermeiro na prevenção e tratamento de feridas. **Rev Cuba Enferm.** 2017;33(2):278-88.

SANTOS, V. B.; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 138-147, 2013 Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100013>.

SANTOS, C.M; IZUMINO, W. “Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil”. In *E.I.A.L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe* , vol. 16, nº 1, 2005: 147-164. Disponível: <
https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/SANTOS_IZUMINO_VCMVG2005.pdf>

SANTOS, C.M.C; PIMENTA;C.A.M; NOBRE,R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enferm.** 2007 maio-jun; 15(3):508-11.

SANTOS, S.C., et al. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 359-368, maio/agosto 2018 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206

SCHEFFER M, C. A., et al. Demografia Médica no Brasil. 2018. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp; 2018.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SCOTT, J.W. Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 3, 1994.

SIGNORELLI, M.C; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos. **Cad Saúde Pública**. [Internet]. 2015 [citado em 19 de mar de 2018]; 29(6): 1230-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>

SILVA, GILZA da et al. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017.

SILVA, I. V. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2103-2114, 2006.

SILVA, M. G. B.; AUSTRÍACO-TEIXEIRA, P. Atenção primária como porta de entrada para o sus: o papel do médico generalista na humanização do cuidado. **ARACÊ**, [S. l.], v.7, n.7, p.37161–37169, 2025. DOI: 10.56238/arev7n7-112. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6484>. Acesso em: 23 nov. 2025.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011. Disponível em: . Acesso em: 08 de janeiro de 2022.

SILVA, L.C.S et al. Necesidades de salud de la mujer de edad avanzada en el contexto de la atención primaria de salud: revisión integradora Health needs of the elderly woman in the context of primary health care: integrative review. **Enfermería Global**, n. 40,p. 389-401, Oct.2015.

SILVA, E.A.; VIVEIRO, K.F.M. Representações sociais de pobreza construídas pelos cursistas da Especialização Educação, Pobreza e Desigualdade Social realizada no Rio Grande do Norte: primeiros resultados. **Educar em Revista**, n. 2, p. 35-54, 2017.

SILVA, V.G; RIBEIRO, P.M. Violence Against Women in the Practice of Nurses of Primary Health Care. **Esc Anna Nery** [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 4];24(4):e20190371. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0371>

SILVAL, J. J. M. DA; MESQUITA, E. M.; CAMPELO, V. Percepção dos médicos da família sobre a violência contra a mulher. **Rev Enferm UFPI**, v. 11, n. 1, p. e946–e946, dez. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. A

especialização em medicina de família e comunidade e o desafio da qualificação médica para a Estratégia de Saúde da Família. SBMFC, nov. 2006. Disponível em: . Acesso em: 18 nov. 2024.

SOMMACAL, C.; VIRTUOSO T.M. Da pluralidade de violências contra as mulheres. 15/08/2020 [website]. **Empório do Direito**. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/da-pluralidade-de-violencias-contra-as-mulheres>

SOUZA, D.P.R; FIGUEIRÊDO, D.S.T.O; ANDRADE, L.L; NOGUEIRA, M. F; SANTOS, N.C.C.B; ANDRADE LDF. Assistance and management in the context of the family health strategy from the perspective of the nursing assistants. **Rev Enferm Atenção Saúde**. 2021;10(2):e202117. doi: <https://dx.doi.org/10.18554/reas.v10i2.4545>

SOUZA, M.T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Eisntein*, v.8, n.1, p. 102- 106, 2010.

SOUSA, M.H, BENTO, S.F, OSIS, M.J, RIBEIRO, M.P, FAUNDES A. Filling out the compulsory notification in health services that care for women who suffer from sexual violence. **Rev Bras Epidemiol** 2015; 18:94-107.

SOUZA; P.G.A; PORTO; A.C.C.A; SOUZA,A; et al Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med**, v. 44, n. 03, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190111>

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 21–38, 2018. DOI: 10.5433/2236-6407.2018v9n2p21. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26542>. Acesso em: 30 nov. 2025.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield- Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, F. V.da.S. Desafios no atendimento às mulheres vítimas de violência na Atenção Primária à Saúde [recursos eletrônicos]: uma revisão integrativa de literatura. / Fabrícia Voieta da Silva Teixeira.- Belo Horizonte: 2024. 49f.: il. Formato: PDF. Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

TELES, M.A. A.; MELO, M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense, 2004. Disponível em: <https://www.editorabrasiliense.com.br/catalogo.php?id=437>

TRINDADE, Z.A; SANTOS, M.F.S; ALMEIDA, A.M.O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A.(Orgs). Teoria das Representações Sociais:50 anos. Brasília: Technopolitik, 2014.(pp.134-163)

VALVERDE DO, S. L. Notas para a interpretação das desigualdades raciais na educação. **Revista Estudos Feministas**. 2009;17:909-20.

VASCONCELOS, N.M., et al. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. *Rev. Bras. Epidemiol.* 24 (suppl 2). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl.2> . Acesso em: 29 nov 2025.

VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009.

VILAS BÔAS, L. M. S.; OLIVEIRA, D. C. de. Saúde nas comunidades ribeirinhas da Região Norte brasileira: revisão sistemática da Literatura. In: **5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e 1st International Symposium on Qualitative Research**. 2016, Porto, Portugal. Atas- Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2. p. 1386-1395, 2016. Available from: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/896/880> >. Acesso em: 18 jun. 2017.

VILLELA, W. V., et. al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

VITALI, M.M, PIRES, D.E.P, FORTE, E.C.N; FARIAS, J.M; SORRATO, J. Satisfação e insatisfação profissional na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.** 2020[citado e 2021 out. 05];29:e20180181. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0181>

VOLANTE, J. P. DE O.; CARDIN, V. S. G. Violência doméstica e direitos da personalidade: desafios e avanços no acesso à justiça a partir da análise do sistema jurídico romano até o sistema jurídico brasileiro. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 21(12), 26861–26882, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv21n12-182>

WALTZ, L.A, MUÑOZ, L, WEBER, J. H, RODRIGUEZ, T. Exploring Job Satisfaction and Workplace Engagement in Millennial Nurses. **J. nurs. manag.** v. 28, v. 3, p. 673-681, 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12981>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women [internet]. Policy Guideline: WHO; 2013; [cited 2016 Jan 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf ISBN 978 92 4 154859



UFRJ



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS FRENTE A VIOLÊNCIA

DE GÊNERO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, tem como objetivos: Identificar os conteúdos e sentidos que estruturam e organizam as representações sociais acerca da violência de gênero pelas enfermeiras e médicas que atuam na Atenção Primária à Saúde; Caracterizar as estratégias utilizadas pelas enfermeiras e médicas da Atenção Primária à Saúde à mulher que vivencia essa violência de gênero; Discutir implicações dessas representações sociais no cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde da mulher que vive a situação de violência de gênero; Propor estratégia de uma tecnologia educativa a partir das representações sociais das enfermeiras e médicas, que contribuam para o cuidado da assistência da mulher que vivencia essa violência de gênero. A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para março de 2024.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em 3 etapas: responder a um Teste de Aplicação Livre de Palavras ou Ideias, através de expressões verbais rápidas e espontâneas evocadas pelos entrevistados, diante de palavras ou termos indutores expressados pelo entrevistador as palavras deverão ser anotadas em uma folha de papel A4. Em um outro momento, responder a um questionário para traçar o perfil socioeconômico e demográfico e de dados acadêmico profissional e posteriormente uma entrevista semiestruturada individual em profundidade que procurará explorar informações para conhecer as representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde quanto a violência de gênero contra as mulheres.

Os dados da pesquisa serão coletados no dia em que agendarmos no seu local de trabalho. É importante eu te falar que eu preciso gravar sua voz quando você estiver participando das entrevistas. Esses encontros levarão no máximo 60 minutos cada e serão dois dias.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízos.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras como passagem de transporte, por exemplo.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de constrangimento durante a conversa; cansaço ou até ficar muito emocionado ao ponto de não conseguir se expressar. Eu preciso te explicar que toda pesquisa pode apresentar risco, algumas apresentam riscos maiores e outras menores. No caso dessa pesquisa, os riscos são considerados menores, pois a entrevista não afeta sua integridade física, no máximo pode provocar um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelas questões que serão abordadas.

O(A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa interrompendo momentaneamente a atividade, ou mesmo, solicitando que o participante retorne em um outro encontro, se assim ele desejar.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será incluem o favorecimento à compreensão dos comportamentos de enfermeiras e médicas que fazem assistência aos casos de violência de gênero contra as mulheres, além de aumentar o conhecimento científico na área da enfermagem em Saúde da Mulher, além de proporcionar a reflexão a respeito da importância de considerar as representações sociais das enfermeiras e médicas frente a violência de gênero contra as mulheres. A partir disso, será possível a criação de estratégias de cuidado à saúde desse público específico.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão guardados sob minha responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos e incinerado ou deletado após esse período de término da pesquisa. Como consta na resolução nº466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

LUANA CHRISTINA SOUZA DA SILVA
 Pesquisador responsável
 E-mail: luanachristinaenf@gmail.com Cel: 21-982343543

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-3938-0962
 E-mail: eeanhesfa@eean.ufrj.br

CEP-CENTRO DE ESTUDOS CAP 40 – Tel: 21-20423611
 E-mail: cecap40@gmail.com

CEP- SMS-RJ – Tel.: (21) 2215-1485
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Rio de Janeiro, __ de ____ de 2022.

Assinatura do(a)
 Participante: _____

Assinatura do(a)
 Pesquisadora: _____

APÊNDICE B - TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVAS (TALP)**PESQUISA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA AP 4.0**

Identificação (código do participante na pesquisa): _____ Data: ____/____/____

Telefone: _____

Prezado (a),

O (a) entrevistado (a) pode anotar até 03 (três) palavras o que vem à mente quando lhe digo “violência de gênero contra as mulheres”, depois de escrever as palavras coloque no parêntese a ordem de importância dessa palavra para você , do mais importante para o menos: (1) palavra mais importante; (2) palavra de média importância; (3) palavra menos importante

• _____ ()

• _____ ()

• _____ ()

Obrigada!

APÊNDICE C– PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Identificação (código do participante na pesquisa):	Data: / /
1) DADOS PESSOAIS	
1) Gênero: () Masculino () Feminino () OUTRO _____	
2) Idade: _____	
3) Cor/raça (autodeclarada): () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	
4) Religião: _____	
5) Naturalidade (UF): _____	
6) estado civil/conjugalidade: conjugal: () casado () solteiro () união estável () viúvo () divorciado	
7) Bairro onde mora:	
8) Arranjo familiar: () casal com filho () casal sem filho () vive sozinho () vive com parente (sem filho /cônjuge) () vive com filhos (sem cônjuge)	
9) Renda familiar em salários mínimos: () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou mais	
10) Renda individual em salários mínimos: () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou mais	
2) DADOS ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS	
Dados Acadêmicos	
1) Formação profissional: () Médico () Enfermeiro	
2) Tempo de graduação: () até 5 anos () maior que 5 anos	
3) Pós-graduação ? () Sim. () Não.	
4) Qual tipo? () Lato Sensu () Stricto Sensu	
5) Qual área da pós graduação: _____	
6) Temática sobre violência de gênero contra as mulheres na graduação ? () Sim () Não	
7) Temática sobre violência de gênero contra as mulheres na pós-graduação? () Sim () Não	
8) Capacitação sobre a temática violência de gênero contra as mulheres na Atenção Primária à Saúde:	
Dados Profissionais	
9) Trabalha a quanto tempo na ESF?__	
10) Qual tipo de vínculo na unidade? () privado () público () outros	
11) sua carga horária semanal na ESF? () 20h () 40h	

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Identificação (código do participante na pesquisa): _____

Data: ____/____/____ Horário: início: _____ término: _____

- 1) Como é para você trabalhar na Atenção Primária à Saúde, na Estratégia de Saúde da Família?
- 2) Dentre todas as atividades que você desenvolve aqui, quais você mais gosta de realizar? Por que?
- 3) E quais você não gosta de realizar? Por que?
- 4) Me fale sobre seu atendimento às usuárias da ESF? Me conte um pouco sobre isso
- 5) Quem são as pessoas que mais vivenciam essa violência de gênero? E Por quê? (Explorar os motivos da violência de gênero e se são as mulheres que mais vivenciam e porque)
- 6) Como você caracterizaria as mulheres que mais estão sujeitas a vivenciarem a violência de gênero?
- 7) Você já atendeu as mulheres que tenham vivenciado a violência de gênero? Como foi? Me fale sobre esse atendimento? (buscar saber se foi a usuária que falou ou o profissional que perguntou)
- 8) Quais os tipos de violência de gênero mais incidentes na sua prática profissional junto a mulher?
- 9) E caso ela te conte uma situação que vivenciou ou está vivenciando de violência de gênero você se sente preparado para prestar assistência à essas mulheres? Me diga como atenderia?
- 10) Você já conseguiu identificar em seus atendimentos, mulheres que estivessem vivenciado a violência de gênero? Para você como foi esse atendimento? Como você se sentiu? Você teve dificuldade em abordar esse assunto? (Explorar se a questão de gênero interfere nesse atendimento)
- 11) Que estratégias usou para abordar a temática? (Explorar as dificuldades e facilidades nesse atendimento.
- 12) Você tem interesse por esse assunto, de violência de gênero contra as mulheres? Me fale sobre isso?
- 13) O que você entende por violência de gênero contra as mulheres?
- 14) Você se sente preparado para abordar (puxar o assunto) esse assunto com uma mulher num atendimento? Me fale sobre isso.
- 15) Você acha que quando um profissional de saúde vivencia ou vivenciou ou mesmo alguém muito próximo dele (como mãe, irmã, esposa, filha etc...) Uma situação de violência de gênero contra as mulheres, você acha que influencia no atendimento às mulheres? (Explorar se o profissional acha que o olhar para esses tipos de caso muda)
- 16) E Você já vivenciou alguma situação de violência de gênero pessoal, experiência familiar ou com alguma amiga? Como foi vivenciar essa situação? E como você agiu, o que você fez?
- 17) Você acha que essa experiência/vivência influenciou/influencia na forma de você lidar
/cuidar/atender mulheres com essa situação na esfera profissional? Me fale um pouco sobre isso.

- 18) O que você pensa que a mulher que vive a violência de gênero pode fazer? E se fosse você o que você faria nessa situação?
- 19) Como você vê/percebe os serviços de saúde na atenção primária à saúde na abordagem/acolhimento/lidar com esse tema? Em sua opinião, como você pensa que deve ser o cuidado prestado a essa mulher que sofre violência de gênero?
- 20) Como você enquanto profissional de saúde neste cenário avalia sua assistência a essas mulheres? E os outros profissionais de saúde da atenção primária à saúde que trabalham com você, como lidam com a violência de gênero contra as mulheres?
- 21) Que características o profissional de saúde que trabalha com a violência de gênero contra as mulheres deve ter? Você acha que ele deve ter alguma característica específica para lidar com essa situação?
- 22) Você deseja acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE E- CARTA DE APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna
Nery Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de
Doutorado em Enfermagem Departamento de Materno Infantil Núcleo
de Pesquisa Saúde da Mulher - NUPESM

Pesquisa: Representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde
acerca da violência de gênero contra as mulheres.

Doutoranda: Luana Christina Souza da
Silva. Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Beatriz
Azevedo Queiroz.

Rio de Janeiro, 10 de setembro
de 2022.

Da: Prof.^a Dr^a Ana Beatriz

Azevedo Queiroz Para: Comitê de
Ética em Pesquisa

Venho por meio desta apresentar a doutoranda LUANA CHRISTINA SOUZA DA SILVA, regularmente matriculada no Curso de doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, inscrita no semestre do curso, e sob minha orientação para o desenvolvimento de sua tese. A pesquisa da referida aluna é intitulada **“Representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde acerca da violência de gênero contra as mulheres”** a ser realizada com um formulário para traçar o perfil sócio econômico e demográfico e para conhecer as representações sociais dos enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde quanto a violência de gênero através da técnica de Teste de Associação Livre de Palavras ou Ideias, e terá os seguintes objetivos:

1. Identificar os conteúdos e sentidos que estruturam e organizam as representações sociais acerca da violência de gênero pelas Enfermeiras e Médicas que atuam na Atenção Primária à Saúde;
2. Caracterizar as estratégias utilizadas pelas Enfermeiras e Médicas da Atenção Primária à Saúde à mulher que vivencia essa violência de gênero;
3. Discutir implicações dessas representações sociais no cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde da mulher que vive a situação de violência de gênero;
4. Propor estratégias a partir das representações sociais das Enfermeiras e Médicas, que contribuam para o cuidado da assistência da mulher que vivencia essa violência de gênero;

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, reading "Ana Beatriz Azevedo". The script is fluid and cursive, with the first name "Ana" starting with a large, sweeping capital 'A'.

Prof.^a Dr.^a Ana Beatriz Azevedo

Queiroz Professora Titular da Escola de

Enfermagem Anna Nery/UFRJ

APENDICE F - CARTA DE APRESENTAÇÃO E ANUÊNCIA

Ilma. Sr^a. Patrícia Vaz Guimarães
Coordenadora Geral da Área Programática 4.0

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES**, a ser realizada nas unidades das clínicas da família da coordenadoria da área programática 4.0, pela aluna de pós-graduação Luana Christina Souza da Silva, sob orientação da Profa. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, com os seguintes objetivos: Identificar os conteúdos e sentidos que estruturam e organizam as representações sociais acerca da violência de gênero pelas Enfermeiras e Médicas que atuam na Atenção primária à saúde; Caracterizar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiras e Médicas da Atenção primária à saúde à mulher que vivencia essa violência de gênero; Discutir implicações dessas representações sociais no cuidado no contexto da Atenção primária à saúde da mulher que vive a situação de violência de gênero; Propor estratégias a partir das representações sociais das Enfermeiras e Médicas, que contribuam para o cuidado da assistência da mulher que vivencia essa violência de gênero, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos por meio de um formulário para traçar o perfil sócio econômico e demográfico e para conhecer as representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde quanto a violência de gênero através da técnica de Teste de Associação Livre de Palavras ou Idéias. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenadoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 10 de setembro
de 2022.

Luana Christina Souza da Silva
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Informo que estou ciente da pesquisa acima descrita e de acordo com o desenvolvimento da pesquisa na instituição que ora represento, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa conforme previsto pelo Conselho Nacional de Saúde e Sistema CEP/CONEP.

Data:

Patrícia Vaz Guimarães Coordenadora da área programática 4.0

APENDICE G - ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisa: **Representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde acerca da violência de gênero contra as mulheres.**
Doutoranda: Luana Christina Souza da Silva

Descrição de Material		Despesas 2º semestre de 2022 R\$	Despesas 1º semestre de 2023 R\$	Despesas 2º semestre de 2023 R\$	Despesas 1º semestre de 2024 R\$	Valores Estimados R\$
MATERIAL PERMANENTE	Livros	300,00	300,00	300,00	300,00	1,200
	Impressora	500,00	500,00	500,00	500,00	2,000
MATERIAL DE CONSUMO	Produtos de papelaria	300,00	300,00	300,00	300,00	1,200
	Xerox, impressão e encadernação.	200,00	200,00	200,00	200,00	800,00
	Tinta impressora	200,00	200,00	200,00	200,00	800,00
CUSTOS DO PESQUISADOR	Inclui: transporte municipal, Alimentação.	500,00	500,00	500,00	500,00	2,000
TOTAL		2,000	2,0000	2,000	2,000	8,0000

APÊNDICE H- RELAÇÃO DOS INTEGRANTES DO PRJETO DA PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: Representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde acerca da violência de gênero contra as mulheres.

PESQUISADOR PRINCIPAL
NOME: Luana Christina Souza da Silva
ENDEREÇO: Rua Espírito Santo nº185 Praça Seca, Rio de Janeiro CEP 21320090
TELEFONE:21 982343543
E-MAIL: luanachritinaenf@gmail.com
ASSINATURA:
EQUIPE EXECUTORA
NOME: Ana Beatriz Azevedo Queiroz
ENDEREÇO: Rua Afonso Cavalcanti, 275 Cidade Nova
TELEFONE: (21) 2293-8999
e-mail: abaqueiroz@hotmail.com
ASSINATURA:

APÊNDICE I- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Luana Christina Souza da Silva da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do curso de doutorado, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES” comprometo-me com a utilização dos dados contidos através das etapas da pesquisa, por meio da técnica de Teste de Aplicação Livre de Palavras ou Idéias (TALP), preenchimento do formulário para traçar o perfil sócio econômico e demográfico e de dados acadêmico profissional das enfermeiras e médicas participantes, e dados gerados a partir das entrevistas semiestruturada individual em profundidade que procurará explorar informações para conhecer as representações sociais das enfermeiras e médicas da atenção primária à saúde quanto a violência de gênero, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto, somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados a partir da participação das enfermeiras e médicas por meio das falas e registros, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados serão coletados no período de **01/02/2023 a 01/05/2023.**

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados na íntegra, ou parte deles, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2022.

Luana Christina Souza da Silva

**APÊNDICE J - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE
IMAGEM E/OU SOM DE VOZ**

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e/ou som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES”, sob responsabilidade de LUANA CHRISTINA SOUZA DA SILVA vinculado(a) ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Minha imagem e/ou som de voz serão utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem, nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente e não haverá sob nenhuma hipótese ganho financeiro com estas imagens/vídeos. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e/ou sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável. Desse modo, a pesquisadora ressalta que ao usar as imagens e/ou som dos participantes para fins de pesquisa utilizará recursos, tais como o uso de tarja sobre os olhos na edição do vídeo/fotos e a mudança de voz, para que nenhuma informação divulgada permita a identificação individual.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e/ou som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma foi entregue a mim e outra ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa.

_____ de _____ de 20

ASSINATURA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA



Polegar direito
(Quando a pesquisa incluir a participação
de pessoas que não saibam ler e escrever)

LUANA CHRISTINA SOUZA DA SILVA

APÊNDICE K - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DA PESQUISA

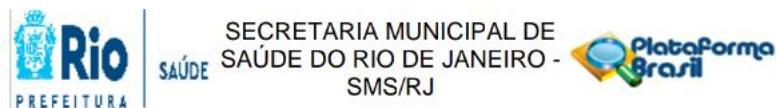
Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS E MÉDICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES

Doutoranda: Luana Christina Souza da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz

IDENTIFICAÇÃO DA ETAPA	INÍCIO (DD/MM/AAAA)	TÉRMINO (DD/MM/AAAA)
Submissão do Projeto ao CEP	18/outubro/2022	31/dezembro/2022
Aproximação com os Participantes	01/janeiro/23	31/janeiro/23
Coleta de Dados Qualitativos	01/fevereiro/23	01/maio/23
Transcrição dos dados	08/maio/23	06/agosto/23
Revisão Bibliográfica Relacionada à Temática	07/agosto/23	01/dezembro/23
Análise dos Dados Coletados	05/dezembro/23	30/Junho/24
Discussão dos Resultados com o Encontrado na Literatura	01/julho/24	31/Dezembro/24
Apresentação da Tese	01/dezembro/25	31/dezembro/25

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS FRENTE A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Luana Christina Souza da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64339822.9.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.142.502

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Relatoria para fins de cumprimento de pendências indicadas no Parecer No. 6.021.702, assim como de apresentação da correspondente Carta-Resposta.

Assim, esta Relatoria tem por finalidade concluir a análise do cumprimento de pendências indicadas no Parecer No. 6.021.702, assim como da apresentação da correspondente Carta-Resposta na forma estabelecida pelas Normativas do sistema CEP-CONEP.

É um documento de retorno de Projeto de Pesquisa já relatada em minúcias (Parecer do Relator No. 5.853.016) mediante o qual a pesquisadora responsável atende pendências apontadas pela relatora. Portanto, os comentários e observações aqui registrados se aterão aos documentos e às respostas trazidas à PLATBR pela pesquisadora responsável.

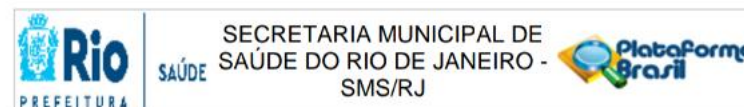
RESUMO:

"Identificar os conteúdos e sentidos que estruturam e organizam as representações sociais acerca da violência de gênero pelos Enfermeiros e Médicos que atuam na Atenção Básica;

Caracterizar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros e Médicos da Atenção Básica à mulher que vivencia essa violência de gênero;

Discutir implicações dessas representações sociais no cuidado no contexto da Atenção Básica em saúde a mulher que vive a situação de violência de gênero;

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.142.502

Outros	anuenciacfmaiconsiqueira.pdf	16/10/2022 21:49:38	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	anuenciacfhourivalfranciscodeoliveira.pdf	16/10/2022 21:49:15	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	anuenciacfjoseneves.pdf	16/10/2022 21:48:30	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	anuenciacfjosedesousaherdy.pdf	16/10/2022 21:48:00	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	anuenciacfhenabesserman.pdf	16/10/2022 21:47:01	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	anuenciacfersonbergher.pdf	16/10/2022 21:45:37	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	anuenciacfbarbaramosleydesouza.pdf	16/10/2022 21:44:42	Luana Christina Souza da Silva	Aceito
Outros	declaracaonegativadecustos.pdf	16/10/2022 21:31:52	Luana Christina Souza da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Junho de 2023

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br